

Marcant fites per al 2020

Els objectius de salut del Pla de salut de
Catalunya 2016-2020



UN SISTEMA
CENTRAT
EN LA PERSONA:
PÚBLIC,
UNIVERSAL
I JUST

Directora general de Planificació en Salut

Pilar Magrinyà Rull

Coordinació

Eulàlia Masachs Fatjó, Oriol Garcia Codina

Redactors

Oriol Garcia, Anna Puigdefàbregas, Adriana Freitas, Glòria Ribas, Josep Alfons Espinàs, Bibiana Prat, Antonia Medina, Anna Schiaffino, Marta Albacar, Lúdia Segura, Francesc Xavier Roca, Maria Estrada, Anna Rodés, Jordi Casabona, Núria Vives, Fernando Álava, Gloria Oliva, Roser Bosser, Víctor Román.

Alguns drets reservats

© 2017, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, Direcció General de Planificació en Salut



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

Edita

Direcció General de Planificació en Salut

2a edició

Barcelona, gener de 2018

Assessorament lingüístic

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

Sumari

Presentació	6
Introducció.....	8
Resum executiu	9
La visió dels objectius del Pla de salut de Catalunya 2016-2020	17
Objectiu 1. Augmentar en un 5% la proporció d'esperança de vida viscuda en bona salut en homes i en dones	18
Objectiu 1.1. Mantenir la tendència positiva de l'esperança de vida i de l'esperança de vida en bona salut	20
Objectiu 1.2. Reduir les desigualtats socials en l'autopercepció de bona salut	22
Objectiu 2. Reduir en un 20% la taxa de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori	24
Objectiu 3. Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per càncer.....	26
Objectiu 4. Incrementar en un 15% la taxa de supervivència per càncer als cinc anys	28
Objectiu 5. Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties respiratòries	30
Objectiu 5.1. Retardar un any l'edat mitjana de la mort per malalties respiratòries	32
Objectiu 6. Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties mentals	34
Objectiu 7. Reduir en un 15% la taxa de mortalitat per malalties isquèmiques del cor	36
Objectiu 7.1. Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties isquèmiques del cor	36
Objectiu 8. Reduir en un 15% la taxa de mortalitat per ictus	38
Objectiu 9. Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per càncer de mama en dones.....	40
Objectiu 10. Reduir en un 5% la taxa de mortalitat per càncer colorectal	42
Objectiu 11. Reduir per sota del nivell del 2010 la taxa de mortalitat per suïcidi	44
Objectiu 12. Reduir en un 10% la incidència de la fractura de coll del fèmur en població de 65 anys i més	46
Objectiu 13. Reduir en un 10% les amputacions en població de 45 a 74 anys amb diabetis	48
Objectiu 13.1. Reduir en un 10% les amputacions majors en població de 45 a 74 anys amb diabetis	48
Objectiu 14. Reduir per sota del 24% la prevalença de tabaquisme	50
Objectiu 14.1. Monitorar la prevalença de tabaquisme des de la perspectiva de les desigualtats socials en salut	52

Objectiu 15. Incrementar per sobre dels nivells del 2016 la prevalença de l'activitat física saludable en la població de 15 a 69 anys.....	54
Objectiu 15.1. Reduir les desigualtats socials en la prevalença de l'activitat física saludable en la població de 15 a 69 anys	56
Objectiu 16. Reduir per sota dels nivells del 2015 la prevalença d'excés de pes en la població de 18 a 74 anys	58
Objectiu 16.1. Monitorar la prevalença d'excés de pes en la població de 18 a 74 anys des de la perspectiva de les desigualtats socials en salut	60
Objectiu 17. Reduir en un 5% la prevalença d'excés de pes en la població de 6 a 12 anys	62
Objectiu 17.1. Reduir les desigualtats socials en la prevalença d'excés de pes en la població de 6 a 12 anys	64
Objectiu 18. Incrementar en un 5% la prevalença de persones adultes que segueixen les recomanacions d'alimentació mediterrània	66
Objectiu 18.1. Monitorar la prevalença de persones adultes que segueixen les recomanacions d'alimentació mediterrània des de la perspectiva de les desigualtats socials en salut	68
Objectiu 18.2. Reduir les desigualtats socials en la prevalença del consum freqüent de productes hipercalòrics en població de 3 a 14 anys	70
Objectiu 19. Reduir per sota del nivell del 2013 la taxa d'embarassos en dones de 15 a 19 anys .	72
Objectiu 20. Mantenir per sobre del 90% la proporció d'infants de 5 anys que estan correctament vacunats	74
Objectiu 21. Reduir en un 20% la incidència de la tuberculosi	76
Objectiu 22. Reduir en un 5% la incidència del VIH.....	78
Objectiu 23. Reduir en un 10% la incidència de la gonocòccia	80
Objectiu 24. Reduir en un 5% la prevalença del consum d'alcohol episòdic intensiu en estudiants de 14 a 18 anys	82
Objectiu 25. Incrementar en un 7% la prevalença de pacients hipertensos atesos a l'atenció primària de salut amb un bon control de la tensió arterial	84
Objectiu 26. Mantenir per sota del 7% la prevalença de pacients amb infecció relacionada amb l'atenció sanitària.....	86
Objectiu 27. Mantenir per sota de 6 els episodis de pneumònia associada a ventilació mecànica per 1.000 dies de ventilació.....	88
Objectiu 28. Mantenir per sota de 2 per 1.000 estades la taxa de caigudes en pacients hospitalitzats.....	90
Annex. Metodologia dels indicadors	97
Referències	105

Presentació

El Pla de salut de Catalunya 2016-2020 estableix les polítiques de salut de la Generalitat de Catalunya, defineix les prioritats en salut que han d'orientar l'actuació del conjunt del sistema, incloent-hi una perspectiva intersectorial. Els continguts del Pla es concreten, d'una banda, en els objectius de salut i, de l'altra, en dotze línies estratègiques de canvi.

El document Marcant fites, que teniu a les mans, estableix el punt de partida dels objectius de salut que es preveuen assolir l'any 2020 i n'analitza la situació. Pel que fa a les línies estratègiques, de les quals se'n fa un seguiment anual, podeu consultar el document Dotze mesos del Pla de salut de Catalunya 2016-2020.

Sobre els objectius de salut, que trobareu detallats en aquest document, cal destacar, d'entrada, el fet que a Catalunya tenim una de les esperances de vida més elevades del món, tant en homes com en dones. Tanmateix, l'objectiu global de la planificació en salut no solament és perllongar l'expectativa de vida, sinó que els anys de vida siguin viscuts amb qualitat i amb bona salut. Per això en el Pla de salut de Catalunya 2016-2020 es preveu, a més de la reducció de la mortalitat per als principals grups de malalties, l'augment de la supervivència de les persones que pateixen càncer i la disminució d'intervencions amb un fort impacte en la qualitat de vida, com ara les amputacions o la fractura de coll del fèmur. Aquests objectius es deriven d'aquesta aproximació: viure més i millor.

Tal com recull la Carta d'Ottawa, la salut es crea i es viu en el marc de la vida quotidiana. El Pla de salut promou els comportaments que són factor de protecció per a la salut i especialment de les malalties cròniques, com ara el patró alimentari mediterrani i l'activitat física. I, alhora, advoca per reduir hàbits nocius per a la salut, com són fumar, el consum intensiu d'alcohol. Preocupa especialment l'excés de pes en els infants, el consum intensiu d'alcohol en joves i els embarassos en adolescents en tant que condicionen les perspectives de desenvolupament individual i perquè identifiquen problemes de salut que plantegen reptes a la societat en el seu conjunt i que el Pla es proposa abordar a través de projectes específics.

L'entorn social on naixem i on vivim influeix en els nostres comportaments individuals i en la nostra salut, així, per exemple, sabem que els bons hàbits alimentaris dels infants varien segons el nivell d'estudis dels progenitors. La millora de la salut passa també per promoure l'equitat en salut i és per això que el Pla de salut incorpora objectius de reducció de les desigualtats socials en salut en la prevalença del tabaquisme, en l'excés de pes d'adults i d'infants, en l'activitat física saludable, o en l'estat de salut autopercebut, entre d'altres.

Els objectius de salut preveuen també la lluita contra les malalties transmissibles, que és un repte que continua sent plenament vigent. I, per últim, i no per això menys important, posen la mirada en la qualitat de l'atenció del sistema sanitari, tant amb referència al seguiment dels

factors de risc en els centres d'atenció primària com pel que fa a la seguretat dels pacients en els entorns hospitalaris.

En aquest document explicitem quina salut volem per a Catalunya l'any 2020 i marquem les fites que, com a país, volem assolir en salut. Tal com es proposa en les línies estratègiques del Pla de salut de Catalunya 2016-2020, calen accions en àmbits molt diversos i un gran esforç de coordinació entre tots ells. Sense oblidar que, més enllà de l'adequació dels serveis sanitaris, és necessari potenciar l'àmbit comunitari i l'àmbit intersectorial, tots plegats fonamentals en la coproducció de salut.

Pilar Magrinyà

Introducció

La finalitat que, en darrer terme, persegueix el Pla de salut de Catalunya 2016-2020 és aconseguir que la població tingui millor salut i qualitat de vida.¹ Per tal d'aconseguir-ho, el Pla de salut de Catalunya 2016-2020 fixa 39 objectius de salut, relacionats amb els reptes principals que la població de Catalunya té en relació amb l'estat de salut, la mortalitat i la morbiditat, els factors de risc, les desigualtats socials en salut, la qualitat assistencial i la seguretat dels pacients. Els objectius es basen també en les recomanacions d'organismes internacionals com ara l'Oficina Europea de l'Organització Mundial de la Salut o la Unió Europea i en les d'experts del Departament de Salut. Els objectius de salut serveixen de referència per a les accions del Pla de salut de Catalunya i n'orienten les línies d'intervenció. A més, els objectius fixats en el Pla de salut són útils de cara a les polítiques públiques que van més enllà dels serveis de salut, especialment aquelles que impliquen sectors que són clau per abordar els determinants socials de la salut.

Els objectius s'estableixen en un horitzó d'assoliment comú al 2020. Atenent al seu contingut i al moment en què han estat formulats, els 39 objectius s'estructuren en tres categories. La primera està constituïda per divuit objectius de disminució de la mortalitat i la morbiditat –tretze dels quals es van definir l'any 2011 amb un horitzó temporal 2020 i, per tant, tenen continuïtat en el Pla de salut de Catalunya 2016-2020– i cinc objectius addicionals que complementen o augmenten el nivell d'exigència d'aquests objectius. En segon lloc, el Pla de salut 2016-2020 estableix disset objectius orientats a la reducció dels factors de risc que tenen més impacte en la salut. Els objectius que s'adrecen a disminuir conductes de risc incorporen, a més, objectius adreçats a mesurar el progrés en la reducció de les desigualtats en salut. I, finalment, hi ha quatre objectius relacionats una atenció sanitària de qualitat i la seguretat dels pacients.

Tots els objectius disposen d'un indicador de progrés que es mesura, valora i publica amb periodicitat anual per tal de monitorar l'impacte en la salut de les accions del Pla i per retre'n comptes a la ciutadania. Aquest document respon al compromís establert en el projecte singular 1 del Pla de salut 2016-2020, de seguiment dels objectius de salut, qualitat de vida i operativitat dels projectes.

El present document presenta, l'any 2017, la visió de cadascun dels 39 objectius de salut. Cada objectiu recull en una taula l'enunciat de l'objectiu, l'indicador amb el qual se'n fa el seguiment, el valor del punt de partida, el valor més recent disponible, el valor que es vol assolir en l'horitzó 2020. En funció de l'horitzó de seguiment, el nivell d'assoliment actual o bé altra informació contextual. A l'annex es referencien les fonts d'informació utilitzades i els mètodes de càlcul, els codis emprats, els anys de referència, i altra informació tècnica.

Resum executiu

Els objectius de salut defineixen les prioritats en salut i orienten les intervencions. Els 39 objectius del Pla de salut de Catalunya tenen un horitzó d'assoliment comú en el 2020. El punt de partida de cada objectiu varia en funció de la font d'informació i del moment en què es va definir: els objectius 1 a 13 tenen un abast decennal i es van establir en el Pla de salut de Catalunya 2011-2015, mentre que els objectius 1.1, 1.2, 5.1, 7.1 i del 14 al 28 s'han definit en el Pla de salut de Catalunya 2016-2020 amb un abast quinquennal. A continuació, es presenta la situació de cadascun dels objectius, amb la indicació, quan escau, de l'evolució.

Objectiu 1. Augmentar en un 5% la proporció d'esperança de vida viscuda en bona salut en homes i en dones

Respecte del 2010, la proporció d'esperança de vida viscuda en bona salut ha augmentat un 6,0%, un 4,0% en homes i un 8,1% en dones. A Catalunya, el 82,7% de l'esperança de vida es viu amb un bon estat de salut, el 85,6% en homes i el 80,1% en dones. Catalunya ocupa una posició intermèdia en l'àmbit estatal quant a la proporció d'expectativa de vida sense limitació (EVLL) en homes i dones. En l'àmbit europeu, Catalunya ocupa una posició capdavantera, només superada per Malta i Suècia.

Objectiu 1.1. Mantenir la tendència positiva de l'esperança de vida i de l'esperança de vida en bona salut

L'esperança de vida (EV) és de 80,4 anys en homes i 85,9 en dones. Respecte de l'any anterior ha baixat, més en dones que en homes, però la tendència des del 2010 és creixent. L'esperança de vida en bona salut (EVBS) és de 68,8 anys en homes i 68,6 anys en dones. Respecte del punt de partida de l'objectiu, ha augmentat en els homes i ha disminuït en les dones. Tant en l'EV com en l'EVLL, Catalunya se situa per sobre de la mitjana estatal i europea, en tots dos sexes.

Objectiu 1.2. Reduir les desigualtats socials en l'autopercepció de bona salut

El 83,4% de la població té una percepció positiva de la pròpia salut, més els homes que les dones (86,3% i 80,7% respectivament). La població amb estudis universitaris té una bona percepció de la seva salut en una proporció més elevada que la població que té estudis primaris. Igualment, la població de la classe més benestant té percepció positiva de la pròpia salut en una proporció més elevada que la població de la classe menys benestant. La percepció de l'estat de salut és millor entre les persones de 16 a 64 anys que treballen que entre les que estan a l'atur (90,4% i 81,2% respectivament). Respecte de l'any anterior, la bretxa per situació laboral s'ha ampliat i s'ha reduït per classe social i nivell d'estudis.

Objectiu 2. Reduir en un 20% la taxa de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori

Les malalties de l'aparell circulatori són la primera causa de mort en les dones i per al total, i la segona causa en els homes. La taxa estandarditzada de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori ha disminuït el 14,6% respecte del 2010, amb un repunt el darrer any. La taxa estandarditzada de mortalitat a Catalunya se situa per sota de la del conjunt de l'Estat.

Catalunya té la segona taxa de mortalitat més baixa en comparació d'altres estats de la UE, tant en homes com en dones.

Objectiu 3. Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per càncer

Els tumors malignes són la primera causa de mort en els homes, i la segona en les dones i per al total dels dos sexes. La mortalitat ha disminuït un 9,0%, el 10,8% en homes i el 7,5% en dones. La taxa estandarditzada de mortalitat a Catalunya se situa per sota de la mitjana estatal. En dones, Catalunya té la segona taxa de mortalitat més baixa de la UE i en homes, la vuitena.

Objectiu 4. Incrementar en un 15% la taxa de supervivència per càncer als cinc anys

La taxa de supervivència per càncer al cap de cinc anys ha augmentat un 17,4% en homes i un 10,8% en dones respecte de la cohort de diagnòstic del punt de partida. La supervivència als cinc anys continua sent superior en les dones (62,5%) que en els homes (54,0%). La supervivència i la tendència que té al llarg del període varia segons la localització tumoral. En el context europeu, Catalunya se situa en la mitjana europea pel que fa a la supervivència global, tant en homes com en dones.

Objectiu 5. Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties respiratòries

Respecte del 2010, la taxa de mortalitat s'ha reduït un 5,4% en homes i un 0,4% per al total, i ha augmentat un 6,1% en dones. L'evolució de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu en homes i contrari a l'esperat en dones. Respecte de l'any anterior, la taxa de mortalitat per malalties respiratòries ha augmentat un 9,5%, i ha coincidit amb una campanya de grip dilatada i tardana. La taxa de mortalitat se situa per sota de la d'Espanya en tots dos sexes. En el context europeu, la taxa de mortalitat se situa per sota de la mitjana en les dones i per sobre en els homes.

Objectiu 5.1. Retardar un any l'edat mitjana de la mort per malalties respiratòries

Aquest objectiu és nou i complementa l'anterior. L'any 2015, l'edat mitjana de la mort és de 81,2 anys en els homes i de 86 en les dones. Respecte de l'any anterior ha augmentat 0,1 anys en homes i s'ha mantingut en les dones.

Objectiu 6. Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties mentals

El 96,4% de les defuncions per malalties mentals ho són per demències. La malaltia d'Alzheimer no s'inclou dins de les malalties mentals, ja que és una malaltia del sistema nerviós i dels sentits. La taxa estandarditzada de mortalitat per malalties mentals ha augmentat el 13,4% respecte del 2010. En relació amb la resta de comunitats autònomes, Catalunya té la segona taxa més elevada en tots dos sexes i en l'àmbit europeu també ocupa una posició elevada.

Objectiu 7. Reduir en un 15% la taxa de mortalitat per malalties isquèmiques del cor

Respecte del 2010, la taxa de mortalitat estandarditzada s'ha reduït el 19,7%, el 21,3% en homes i el 18,7% en dones. Les malalties isquèmiques del cor són el grup de malalties més important en les defuncions per malalties de l'aparell circulatori, ja que representen el 24,7% del total.

Objectiu 7.1. Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties isquèmiques del cor

Aquest objectiu és nou i augmenta el nivell d'exigència de l'anterior. Respecte del 2013, la taxa de mortalitat estandarditzada s'ha reduït el 4,4%, el 7,1% en homes i del 0,9% en dones. La taxa de mortalitat a Catalunya se situa per sota de la mitjana espanyola i, en comparació

d'Europa, Catalunya és un dels territoris amb una mortalitat més baixa per malalties isquèmiques del cor.

Objectiu 8. Reduir en un 15% la taxa de mortalitat per ictus

Les malalties cerebrovasculars són el segon grup més important en nombre de defuncions per malalties de l'aparell circulatori i representen el 21,8% del total. La taxa de mortalitat estandarditzada per malalties cerebrovasculars ha disminuït un 16,4% des del 2010, un 14,7% en homes i un 18,6% en dones. La taxa de mortalitat estandarditzada a Catalunya se situa per sota de la mitjana d'Espanya. Respecte als països de la Unió Europea, Catalunya té una de les taxes de mortalitat més baixes.

Objectiu 9. Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per càncer de mama en dones

El càncer de mama és el segon tipus de càncer amb més defuncions en dones. Des del 2010 s'ha reduït un 20,1% la taxa estandarditzada de mortalitat per càncer de mama en dones. La taxa de mortalitat estandarditzada per càncer de mama en dones a Catalunya se situa per sota de la mitjana espanyola i és més baixa que la dels 28 estats membres de la UE.

Objectiu 10. Reduir en un 5% la taxa de mortalitat per càncer colorectal

El càncer colorectal és el càncer amb més defuncions en dones i el segon més freqüent en homes. Del total de defuncions produïdes per aquest tipus de càncer, el 76,9% correspon a tumors de còlon i la resta a tumors de recte i anus. Des del 2010, la taxa mortalitat estandarditzada s'ha reduït el 6,7% per al conjunt de tots dos sexes, 9,3% en homes i 5,8% en dones. La taxa estandarditzada a Catalunya se situa per sobre de la del conjunt de l'Estat en tots dos sexes i de la del conjunt de la Unió Europea en homes.

Objectiu 11. Reduir per sota del nivell del 2010 la taxa de mortalitat per suïcidi

El suïcidi és la tercera causa de mort prematura més freqüent a Catalunya, tant en homes com en dones. Set de cada deu defuncions per suïcidi són d'homes. Des del 2010 l'evolució de l'indicador és contrària a l'assoliment de l'objectiu. En comparació de la resta de comunitats autònomes, la taxa de suïcidis és baixa en homes, i en les dones està per sota de la mitjana espanyola. En l'àmbit europeu, s'observa de manera general que als països mediterranis la taxa de mortalitat per suïcidi és inferior que en els països nòrdics i de l'Est.

Objectiu 12. Reduir en un 10% la incidència de la fractura de coll del fèmur en població de 65 anys i més

La taxa estandarditzada per edat de fractures de coll del fèmur se situa actualment en 69,5 per cada 10.000 habitants (47,9 en homes i 82,9 en dones). Respecte del 2010, ha disminuït un 1,4%, més en homes que en dones. La taxa estandarditzada d'hospitalització per fractura de coll del fèmur a Catalunya és de les més elevades de l'Estat en tots dos sexes.

Objectiu 13. Reduir en un 10% les amputacions en població de 45 a 74 anys amb diabetis

Respecte del 2011, la taxa d'amputacions en població diabètica ha augmentat un 7,3% en els homes, ha disminuït un 16,7% en les dones i ha romàs estable per al total. La taxa d'amputacions per 10.000 persones diabètiques de 45 a 74 anys és superior en els homes que en les dones (42,5 i 9,0 respectivament). La taxa augmenta amb l'edat de la persona i l'amputació més freqüent és la dels dits dels peus. La taxa d'hospitalització per amputacions de membres inferiors a Catalunya se situa per sota de la del conjunt de l'Estat en tots dos sexes en el grup d'edat seleccionat.

Objectiu 13.1. Reduir en un 10% les amputacions majors en població de 45 a 74 anys amb diabetis

Aquest objectiu complementa l'anterior amb el grau de distalitat. La taxa d'amputacions majors és de 4,6 per 10.000 persones diabètiques de 45 a 74 anys en homes i d'1,4 en dones. Respecte de l'any anterior, la taxa d'amputacions per sobre del genoll en població diabètica de 45 a 74 anys ha disminuït per al total i en les dones, i ha augmentat en els homes.

Objectiu 14. Reduir per sota del 24% la prevalença de tabaquisme

L'any 2016, el 24,7% de la població de 15 anys i més fuma (de forma diària o ocasional), més els homes (29,0%) que les dones (20,6%). Des del 1990 s'ha reduït la prevalença de tabaquisme i, tot i que l'evolució global és favorable, s'observa un cert estancament en les dones. La prevalença de tabaquisme a Catalunya se situa per sobre de la del conjunt de l'Estat en homes, i per sota en dones. La prevalença de consum diari de tabac a Catalunya se situa per sobre de la prevalença del conjunt de la UE.

Objectiu 14.1. Monitorar la prevalença de tabaquisme des de la perspectiva de les desigualtats socials en salut

Les diferències en la prevalença del tabaquisme segons la classe social, el nivell d'estudis i la situació laboral mostren diferències segons el sexe. La prevalença del tabaquisme és del 26,1% en les persones de la classe social menys afavorida i del 20,6% en les persones de la classe més benestant, més en els homes que en les dones. Els homes amb estudis universitaris tenen la prevalença més baixa (18,5%) i les dones amb estudis primaris o sense estudis (14,4%). Pel que fa a la situació laboral, la prevalença de consum de tabac és més elevada en les persones que estan a l'atur que entre les que treballen. En els homes, l'escletxa per classe social i el nivell d'estudis s'amplia respecte de l'any anterior, mentre que es redueix segons la situació laboral. En el cas de les dones ocorre el contrari que en els homes: la bretxa per situació laboral s'amplia, i es redueix per classe social i per nivell d'estudis.

Objectiu 15. Incrementar per sobre dels nivells del 2016 la prevalença de l'activitat física saludable en la població de 15 a 69 anys

L'any 2016 el 80,9% de la població de 15 a 69 anys fa activitat física en un nivell saludable, més els grups d'edat més joves, i més els homes que les dones en totes les franges d'edat. La proporció de població de 15 a 69 anys que fa una activitat física saludable se situa per sobre dels valors del 2010. La proporció de població de 16 anys i més que fa activitat física moderada o intensa a Catalunya se situa per sota de la mitjana estatal, tant en homes com en dones. En el context europeu, l'Estat té el segon pitjor nivell d'activitat física moderada en població adulta.

Objectiu 15.1. Reduir les desigualtats socials en la prevalença de l'activitat física saludable en la població de 15 a 69 anys

La prevalença de l'activitat física saludable és més elevada en les persones de la classe més benestant (el 82,2%) que en les persones de la classe menys afavorida (80,4%), la diferència és més elevada entre els homes. Les persones amb estudis universitaris tenen la prevalença més elevada (83,4%), seguides de les persones amb estudis primaris o sense estudis (82,7%) i les persones amb estudis secundaris (79,3%). La prevalença de l'activitat física saludable és més elevada en les persones a l'atur que en les persones ocupades.

Objectiu 16. Reduir per sota dels nivells del 2015 la prevalença d'excés de pes en la població de 18 a 74 anys

L'any 2016, el 49,9% de la població de 18 a 74 anys té excés de pes (35,3% sobrepès i 14,6% obesitat). El sobrepès és més comú en els homes que en les dones, en l'obesitat l'afectació és similar en tots dos sexes. Respecte del 2015, l'excés de pes ha augmentat un 0,2% per al total i un 3,9% en els homes, i ha disminuït un 4,6% en les dones. La prevalença de l'excés de pes en població de 18 anys i més se situa per sota de la del conjunt de l'Estat i de la Unió Europea.

Objectiu 16.1. Monitorar la prevalença d'excés de pes en la població de 18 a 74 anys des de la perspectiva de les desigualtats socials en salut

La prevalença de l'excés de pes en població de 18 a 74 anys mostra un gradient per classe social; aquesta prevalença és més elevada en la classe social més desfavorida (55,0%) i més baixa en la classe social més benestant (41,0%). La diferència és més gran en les dones que en els homes. Segons el nivell d'estudis, la prevalença d'excés de pes declarat de les persones amb estudis universitaris (40,8%) és més baixa que en les persones amb estudis secundaris (49,1%) i que les persones amb estudis primaris o sense estudis (63,0%). La bretxa en la prevalença d'excés de pes és de 22,2 punts entre universitaris i persones amb estudis primaris o sense estudis i més gran en dones que en homes. Respecte del punt de partida, la bretxa per classe social i per nivell d'estudis en la prevalença de l'excés de pes ha disminuït.

Objectiu 17. Reduir en un 5% la prevalença d'excés de pes en la població de 6 a 12 anys

A Catalunya, el 34,2% de la població entre 6 i 12 anys té excés de pes, més els nens que les nenes. La prevalença de l'obesitat és de l'12,1%, superior en nens que en nenes, i la prevalença del sobrepès (22,2%) és similar en tots dos sexes. La proporció de població de 6 a 12 anys amb excés de pes ha augmentat un 4,3% respecte de l'any anterior (3,6% els homes i 5,2% les dones), en el sentit contrari al que preveu l'objectiu. La prevalença d'excés de pes en la població infantil i juvenil a Catalunya se situa per sota de la del conjunt de l'Estat en tots dos sexes. En el context europeu, la prevalença de l'excés de pes en estudiants de 15 anys a l'Estat és la cinquena més elevada d'un conjunt de 21 països.

Objectiu 17.1. Reduir les desigualtats socials en la prevalença d'excés de pes en la població de 6 a 12 anys

La proporció de població de 6 a 12 anys amb excés de pes és més baixa entre els menors de la classe més benestant (26,2%) que entre els menors de la classe menys afavorida (37,8%). La prevalença d'excés de pes més baixa es dona en els menors, els progenitors dels quals tenen estudis universitaris.

Objectiu 18. Incrementar en un 5% la prevalença de persones adultes que segueixen les recomanacions d'alimentació mediterrània

El 72,4% de la població de 15 anys i més fa un seguiment adequat de les recomanacions d'alimentació mediterrània, més les dones que els homes. El seguiment de la dieta mediterrània augmenta en tots els grups d'edat fins al 74 anys. Respecte de l'any anterior, el seguiment de la dieta mediterrània és un 2,3% més elevat, 1,5% en els homes i 2,8 % en les dones. No es disposa de dades de seguiment de la dieta mediterrània d'àmbits estatal i europeu però sí d'un dels seus components, el consum de fruites i verdures. El consum freqüent de verdures, amanides i hortalisses i el de fruita a Catalunya se situen per sobre dels del conjunt de l'Estat.

El consum diari de cinc racions de fruita i verdura a Catalunya se situa per sota del del conjunt de països de la UE en tots dos sexes.

Objectiu 18.1. Monitorar la prevalença de persones adultes que segueixen les recomanacions d'alimentació mediterrània des de la perspectiva de les desigualtats socials en salut

La proporció de població que fa un seguiment adequat de la dieta mediterrània és més elevat entre les persones de la classe més benestant (79,6%). La diferència respecte de la classe més desfavorida és de 9,7 punts. La prevalença més baixa es dona entre les persones amb estudis secundaris (69,5%) i la diferència entre el grup amb més i amb menys nivell d'estudis és del 6,9 punts. La bretxa per classe social i per nivell d'estudis en el seguiment de la dieta mediterrània s'ha ampliat respecte de l'any anterior.

Objectiu 18.2. Reduir les desigualtats socials en la prevalença del consum freqüent de productes hipercalòrics en població de 3 a 14 anys

Un de cada tres infants i joves amb edats compreses entre els 3 i els 14 anys consumeix de forma freqüent productes amb un alt contingut calòric, similar en nens i en nenes (33,1% i 32,9%, respectivament) i la prevalença mostra una tendència creixent. La prevalença de consum freqüent de productes hipercalòrics és més elevada en la classe social més desfavorida (36,6%) i més baixa en la classe més benestant (26,4%). La diferència en la prevalença de consum freqüent de productes hipercalòrics entre els menors de la classe més i menys benestant és del 10,2 punts i s'ha reduït respecte de l'any anterior. La prevalença més baixa de consum freqüent de productes hipercalòrics es dona en els menors que tenen progenitors amb estudis universitaris i la bretxa de la prevalença és del 21,4 i del 14,9 segons quin dels progenitors s'observi. Respecte de l'any anterior, la bretxa segons el nivell formatiu es redueix en el cas del pare.

Objectiu 19. Reduir per sota del nivell de 2013 la taxa d'embarassos en dones de 15 a 19 anys

La taxa d'embarassos adolescents al 2015 és de 17,1 per cada 1.000 dones de 15 a 19 anys i ha disminuït un 25,2% respecte del 2013. Han disminuït més la taxa d'interrupcions voluntàries de l'embaràs en adolescents (30,8%) que la fecunditat (14,3%). En el conjunt de comunitats autònomes, Catalunya té la quarta taxa de fecunditat global més alta i la segona taxa d'IVE en dones de 15 a 44 anys més alta. En el context de la Unió Europea, la taxa de fecunditat adolescent de Catalunya és relativament baixa, mentre que la taxa d'interrupcions voluntàries de l'embaràs en adolescents se situa en una posició intermèdia.

Objectiu 20. Mantenir per sobre del 90% la proporció d'infants de 5 anys que estan correctament vacunats

A gener del 2017, el 90,1% dels infants de 5 anys estan vacunats correctament amb la vacuna triple vírica (xarampió, rubèola i parotiditis). A Catalunya, s'observa un descens important de les taxes d'incidència del xarampió des del 1983, amb l'excepció de pics els anys 2007, 2011, 2013 i 2014 deguts a brots comunitaris d'origen importat. L'any 2016, la incidència del xarampió va ser d'1,1 casos per milió d'habitants i no es va notificar cap cas de rubèola postnatal ni congènita. Dels vuit casos confirmats de xarampió a Catalunya l'any 2016, sis no estaven vacunats i dos només tenien una dosi administrada. La taxa d'incidència de parotiditis l'any

2015 és de 5,7 per cada 100.000 habitants. En el context europeu, la incidència anual de casos de xarampió i rubèola a l'Estat es troba en un nivell baix i en un nivell elevat en parotiditis.

Objectiu 21. Reduir en un 20% la incidència de la tuberculosi

L'any 2015 la taxa de tuberculosi (TBC) és de 14,4 casos per cada 100.000 habitants i ha disminuït un 4,6% respecte del punt de partida de l'objectiu. El 59,5% dels casos són d'homes. El 46% dels casos són de persones nascudes fora de l'Estat espanyol, en els quals la taxa de TBC és quatre vegades superior a la de les persones autòctones. La incidència de la TBC a Catalunya encara és moderadament alta comparada de la de països del seu entorn i se situa per sobre de la de la Unió Europea. Igualment, la taxa d'incidència de la TBC a Catalunya se situa per sobre de la del conjunt de l'estat.

Objectiu 22. Reduir en un 5% la incidència del VIH

La taxa d'incidència del VIH és de 12,0 casos per cada 100.000 habitants l'any 2015. El 89% dels casos van ser homes i el 78% dels casos es donen en persones d'entre 25 i 49 anys. Pel que fa a les vies de transmissió, el 67% es van donar en homes que tenen sexe amb homes. Entre el 2001 i el 2013 la taxa de nous diagnòstics del VIH es manté estable. L'any 2014 s'observa una disminució del 14%, si bé cal interpretar aquestes dades amb precaució degut al retard de notificació. La taxa de nous diagnòstics del VIH a Catalunya l'any 2015 se situa per sobre de la mitjana dels estats de la Unió Europea.

Objectiu 23. Reduir en un 10% la incidència de la gonocòccia

La taxa global de casos de gonococ va ser de 25,0 casos per cada 100.000 habitants l'any 2015. El 85% van ser homes i el 15% dones (taxes de 43,3 i 7,2 per cada 100.000 habitants, respectivament). El 25% eren menors de 25 anys. Des del 2007 fins al 2015, la taxa de gonocòccia ha anat augmentant i l'any 2015 té lloc el màxim del període. Aquest augment s'explica en part per la millora dels sistemes de vigilància i per la millora en el diagnòstic, però no es pot descartar un increment real en la incidència d'aquesta infecció. En l'àmbit europeu, la taxa de gonocòccia a Catalunya del 2014 és la tercera més elevada dels estats de la Unió Europea.

Objectiu 24. Reduir en un 5% la prevalença del consum d'alcohol episòdic intensiu en estudiants de 14 a 18 anys

L'alcohol és la substància més consumida entre els estudiants de 14 a 18 anys: el 78,9% n'ha consumit alguna vegada, el 77,0% el darrer any, i el 68% l'últim mes. El consum episòdic intensiu d'alcohol és un dels consums de més risc, entès com la ingesta de cinc begudes alcohòliques o més de forma seguida en un interval aproximat de dues hores seguides. A Catalunya, la prevalença de consum episòdic intensiu el darrer mes en estudiants de 14 a 18 anys és del 28,3% (30,6% en nois i 26,2% en noies). La prevalença augmenta amb l'edat, és del 10,9% als 14 anys i del 47,1% als 18 anys. En la franja de 14-15 anys, la prevalença és més gran en les noies. La prevalença de consum episòdic intensiu algun cop el darrer mes és més baixa que l'any 2012.

Objectiu 25. Incrementar en un 7% la prevalença de pacients hipertensos atesos a l'atenció primària de salut amb un bon control de la tensió arterial

El 24,2% de la població de 15 anys i més té hipertensió (24,1% els homes i 24,2% les dones) i el 54,9% es revisa de forma periòdica la pressió arterial (54,5% els homes i 55,4% les dones).

La proporció de població que es mesura de forma periòdica la pressió arterial és més gran a mesura que els grups són de més edat, entre les persones de classe més desfavorida i entre les persones que tenen estudis primaris o no en tenen. El 80,5% dels pacients hipertensos tenen un bon control de la tensió arterial (el 80,0% dels homes i el 80,9% de les dones). Per sota dels 75 anys, la proporció de pacients amb un bon control és més elevada en les dones que en els homes, mentre que en el grup de 75 anys i més passa el contrari. Respecte del valor del punt de partida, la proporció de població amb un bon control de la tensió arterial ha disminuït un 0,6%, el 0,5% en homes i el 0,7% en dones.

Objectiu 26. Mantenir per sota del 7% la prevalença de pacients amb infecció nosocomial

La prevalença de la infecció nosocomial global se situa en el 7,3% dels pacients estudiats. Respecte de l'any anterior, la prevalença d'infecció relacionada amb l'atenció sanitària passa del 7,0% al 7,3%. Les infeccions relacionades amb l'atenció sanitària més freqüents són la pneumònia i altres infeccions respiratòries (36,8%), les infeccions del tracte urinari (37,9%) i les infeccions de la pell i de parts toves (15,0%). En l'àmbit estatal, per l'any 2016 la prevalença va ser del 7,6%, més gran que a Catalunya. Per comunitats autònomes, la prevalença de les infeccions nosocomials a Catalunya se situa en una posició central.

Objectiu 27. Mantenir per sota de 6 els episodis de pneumònia per ventilació mecànica per 1.000 dies de ventilació

La incidència de pneumònia per ventilació mecànica és una complicació que presenta una elevada morbidimortalitat. L'any 2016 s'han produït 4,5 episodis per cada mil dies de ventilació. En el període 2008-2016, a Catalunya la densitat d'incidència mostra una evolució favorable, amb un màxim de 10,4 a l'any 2010 i un mínim de 4,4 l'any 2015. En l'àmbit estatal, la densitat d'incidència mitjana és de 6,3 episodis per cada 1.000 dies de ventilació.

Objectiu 28. Mantenir per sota de 2 per 1.000 estades la taxa de caigudes en pacients hospitalitzats

La incidència de les caigudes en pacients hospitalitzats és un dels indicadors que formen part del sistema de notificació i gestió d'incidents relacionats amb la seguretat dels pacients impulsat pel Departament de Salut. Les lesions relacionades amb les caigudes suposen la pèrdua de qualitat de vida. L'any 2015, la taxa de caigudes en pacients hospitalitzats per 1.000 dies d'estada és de 1,5, mentre que l'any anterior va ser de 1,2 per mil.

La visió dels objectius del Pla de salut de Catalunya 2016-2020

Objectius del Pla de salut en l'horitzó 2020



Objectiu 1. Augmentar en un 5% la proporció d'esperança de vida viscuda en bona salut en homes i en dones

Indicador		Punt de partida ^a	Situació actual ^b	Objectiu 2020
Quocient entre l'esperança de vida en bona salut i l'esperança de vida per sexe (%).	H	82,3	85,6	86,4
	D	74,1	80,1	77,8
	T	78,0	82,7	81,9

L'esperança de vida (EV) correspon a la mitjana d'anys que encara resten per viure a una persona que ha assolit una edat exacta, si en el temps que li resta de vida fos sotmesa a les condicions de mortalitat actuals. L'esperança de vida en bona salut (EVBS)² indica el nombre d'anys que pot esperar viure en bona salut, construïda a partir de la percepció subjectiva de l'estat de salut. El quocient entre EVBS i EV informa de si l'allargament en l'expectativa d'anys de vida va acompanyat d'una millora, en termes relatius, en els anys que es gaudeixen en un bon estat de salut. Aquest indicador aporta una dimensió qualitativa als anys de vida viscuts, ja que incorpora la percepció del propi estat de salut.

A Catalunya, l'any 2016, el 82,7% de l'EV en néixer es viu en un bon estat de salut, el 85,6% de l'EV en els homes i el 80,1% de l'EV en les dones.

L'evolució de la proporció d'esperança de vida viscuda en bona salut en homes i en dones és positiva al llarg del període. Respecte del 2010, la proporció d'esperança de vida viscuda en bona salut ha augmentat un 6,0% (un 4,0% en homes i un 8,1% en dones).

Els anys de vida saludables és l'indicador que s'utilitza en l'àmbit europeu i estatal per introduir una dimensió qualitativa als anys de vida viscuts, i es calcula a partir de l'esperança de vida lliure de limitació funcional (EVLL).

En el context estatal, Catalunya ocupa una posició intermèdia quant a la proporció d'expectativa de vida viscuda sense limitació en homes i en dones.

En el context europeu, Catalunya ocupa una posició capdavantera en la proporció d'expectativa de vida viscuda lliure de limitació en tots dos sexes, només superada per Malta i Suècia.

Esperança de vida (EV), esperança de vida en bona salut (EVBS) i proporció de l'esperança de vida en bona salut (EVBS/EV), per sexe i edat. Catalunya, 2015

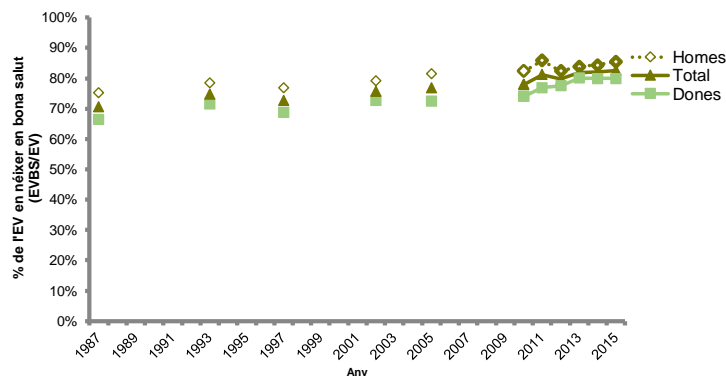
	Esperança de vida (anys)			Esperança de vida en bona salut (anys)			Proporció d'esperança de vida en bona salut (%)		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
0	80,42	85,86	83,20	68,78	68,63	68,75	85,53	79,93	82,63
15	65,74	71,12	68,49	54,35	54,08	54,26	82,67	76,05	79,22
40	41,23	46,39	43,89	30,94	31,08	31,05	75,03	67,00	70,76
65	19,10	23,00	21,18	12,13	12,82	12,51	63,49	55,72	59,06
80	8,64	10,48	9,74	4,71	4,86	4,82	54,51	46,38	49,51

Font: RMC, 2015 i ESCA, 2016

^a Registre de mortalitat de Catalunya 2010 i *Enquesta de salut de Catalunya 2011*.

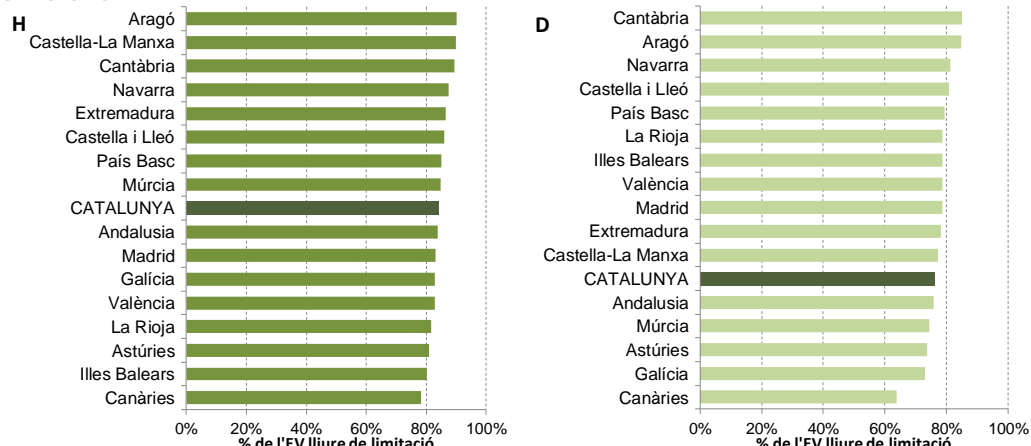
^b Registre de mortalitat de Catalunya 2015 i *Enquesta de salut de Catalunya 2016*.

Evolució de la proporció d'esperança de vida en néixer viscuda en bona salut (%EVBS/EV). Catalunya, 1987-2015



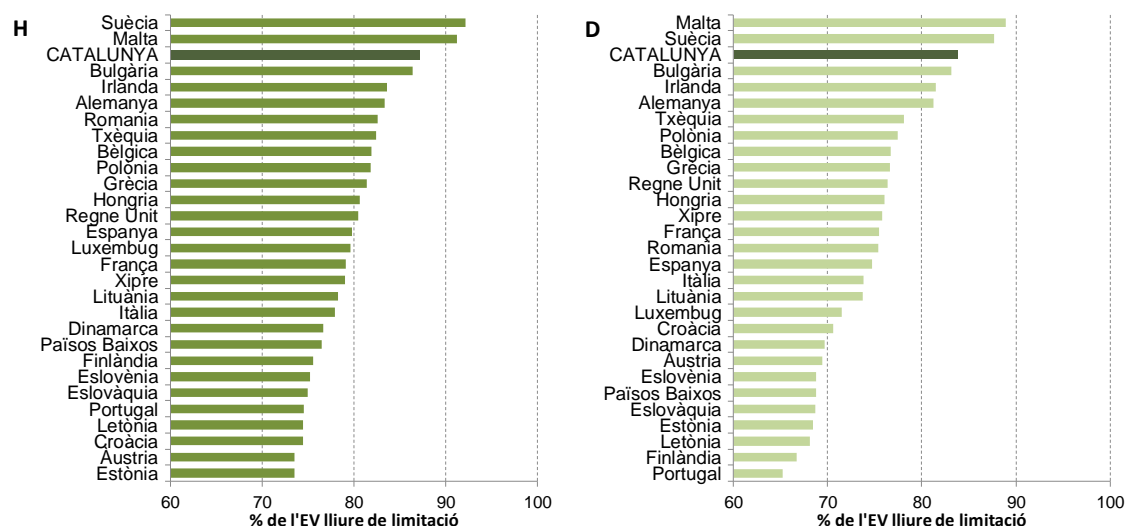
Font: RMC 1987-2015. Departament de Salut.

Quocient entre l'esperança de vida lliure de limitació (EVLL) i l'esperança de vida (EV) (%). Comunitats autònomes, 2014



Font: MSSSI 2014.

Quocient entre l'esperança de vida lliure de limitació (EVLL) i l'esperança de vida (EV). Països de la Unió Europea i Catalunya, 2015



Font: Eurostat 2015 i RMC 2015.

Objectiu 1.1. Mantenir la tendència positiva de l'esperança de vida i de l'esperança de vida en bona salut

Indicadors		Punt de partida ^a	Situació actual ^b	Objectiu 2020
Esperança de vida en néixer, per sexe.	H	80,5	80,4	>80,5
	D	86,1	85,9	>86,1
	T	83,4	83,2	>83,4
Esperança de vida en bona salut en néixer, per sexe.	H	67,9	68,8	> 67,9
	D	68,8	68,6	> 68,8
	T	68,4	68,8	> 68,4

L'esperança de vida en néixer (EV) i l'esperança de vida en bona salut (EVBS)³ són dos indicadors bàsics per monitorar, en l'àmbit de la salut, l'estratègia de la Unió Europea per a l'assoliment dels objectius de desenvolupament sostenible de l'ONU.⁴

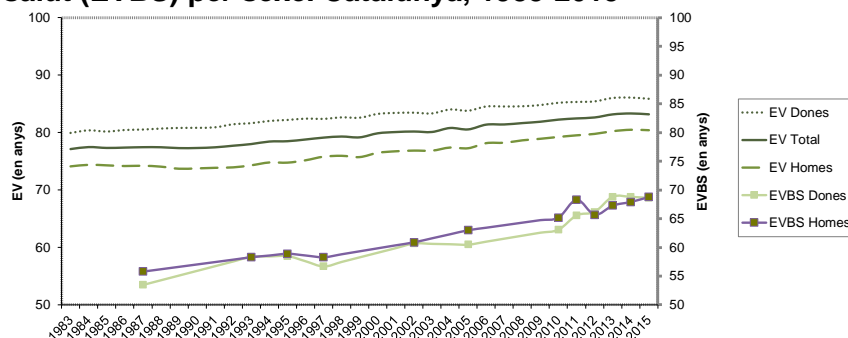
L'esperança de vida en néixer (EV) se situa en 85,9 anys en les dones i en 80,4 anys en els homes. L'EV ha baixat respecte de la de l'any anterior, més en dones (86,1 anys) que en homes (80,5 anys), en el marc d'un augment de la mortalitat, que també s'ha produït en els països de l'entorn. L'evolució de l'objectiu no és favorable. Respecte del 2010, l'EV ha augmentat 1,17 anys en els homes i 0,69 anys en les dones i ha augmentat en tots els grups d'edat. Al llarg del període 1983-2015, la tendència de l'EV és creixent.

L'EV a Catalunya se situa per sobre de la del conjunt de l'Estat en tots dos sexes. D'altra banda, l'EV a Catalunya és més alta, en tots dos sexes, que les dels 28 estats membres de la Unió Europea.

L'esperança de vida en bona salut (EVBS) en néixer és de 68,8 anys en homes i 68,6 en dones. Respecte del 2010, ha augmentat 3,6 anys en els homes i 5,5 anys en les dones. Respecte del punt de partida, l'evolució de l'objectiu és favorable en homes i per al total, però no en dones.

La posició relativa de Catalunya s'observa a partir de l'esperança de vida lliure de limitació (EVLL). En el context estatal, Catalunya se situa per sobre de la mitjana de l'Estat en homes, i per sota en dones. En el context europeu, Catalunya se situa en una posició capdavantera en tots dos sexes.

Evolució de l'esperança de vida en néixer (EV) i de l'esperança de vida en bona salut (EVBS) per sexe. Catalunya, 1983-2015

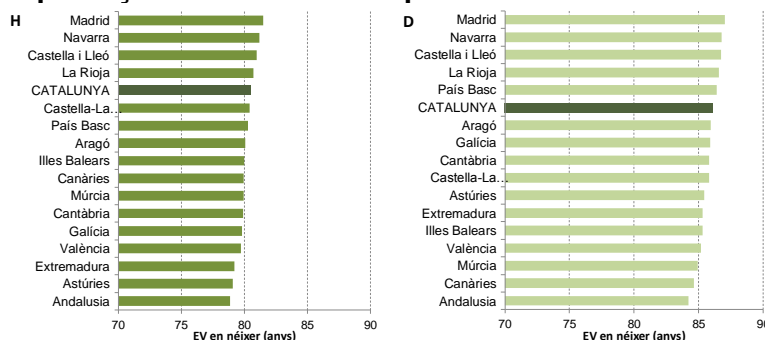


Font: RMC, 1983-2015

^a Registre de mortalitat de Catalunya 2014 i *Enquesta de salut de Catalunya 2015*.

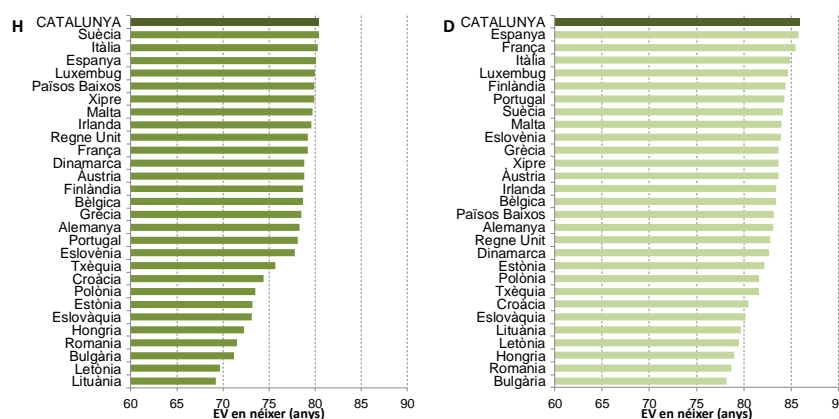
^b Registre de mortalitat de Catalunya 2015 i *Enquesta de salut de Catalunya 2016*.

Esperança de vida en néixer per sexe. Comunitats autònomes, 2015



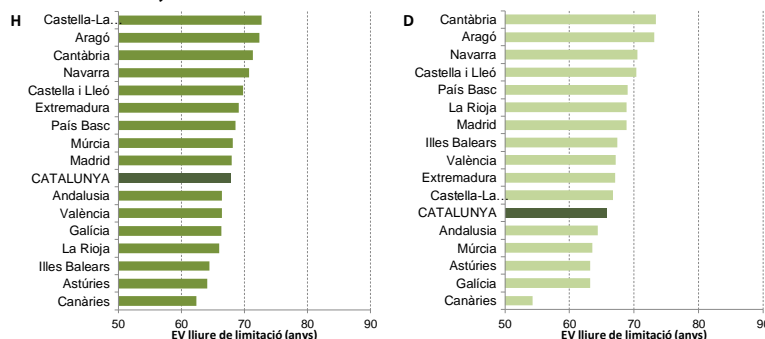
Font: MSSSI, 2015

Esperança de vida en néixer per sexe. Països de la Unió Europea i Catalunya, 2015



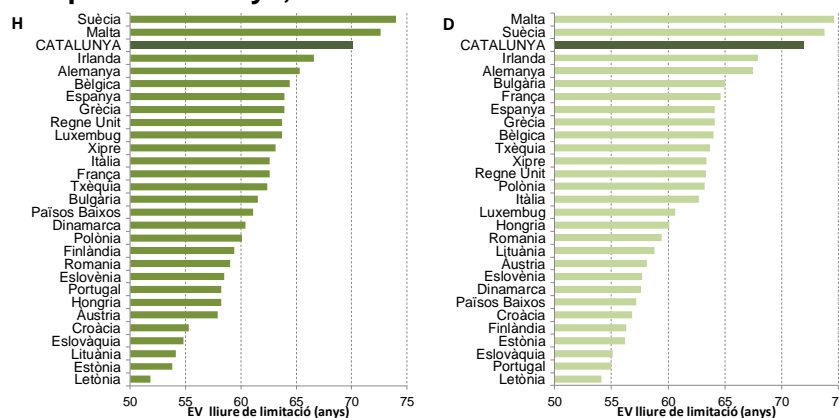
Font: Eurostat 2015 i RMC 2015.

Esperança de vida en néixer lliure de limitació (EVLL) per sexe. Comunitats autònomes, 2014



Font: MSSSI, 2014

Esperança de vida en néixer lliure de limitació (EVLL) per sexe. Països de la Unió Europea i Catalunya, 2015



Font: Eurostat 2015 i RMC 2015.

Objectiu 1.2. Reduir les desigualtats socials en l'autopercepció de bona salut

Indicador		Punt de partida ^a	Situació actual ^b	Objectiu 2020
Proporció de bona salut autopercebuda, per una selecció de variables socioeconòmiques. Diferència absoluta entre grups.	CS ^c	11,0	9,1	<11,0
	NE	25,4	24,5	<25,4
	SL	8,9	9,2	<8,9

La percepció del propi estat de salut de les persones expressa la sensació de benestar individual. Està àmpliament acceptat que l'autopercepció de l'estat de salut és un bon indicador de l'estat de salut i que una mala valoració és un bon predictor de mortalitat i morbiditat.^{5, 6, 7, 8}

L'any 2016, el 83,4% de la població té una percepció positiva de la seva salut (excel·lent, molt bona o bona), més els homes que les dones (86,3% i 80,7% respectivament), i millor en els grups d'edat més joves.

Segons la classe social basada en l'ocupació, les persones de la classe més benestant tenen una percepció positiva de la seva salut més elevada que les persones de la classe social menys afavorida (89,7% i 80,6% respectivament). Així doncs, l'escletxa social en l'estat de salut, entesa com la diferència en l'estat de salut de la classe més afavorida respecte de la classe menys benestant, és de 9,1 punts percentuals. En els homes, la diferència és de 8,2 (91,5% amb bona salut autopercebuda en la classe I, la més benestant, i 83,3% en la classe III, la menys afavorida) i en les dones és de 10,2 (88,1% en la classe més benestant i 77,9% en la menys benestant).

En el període 2011-2016, la diferència segons classe social és més gran en les dones que en els homes. L'autopercepció positiva de la salut de les persones de la classe més desfavorida augmenta, especialment en les dones, i la diferència segons classe social disminueix.

L'autopercepció positiva de l'estat de salut mostra un gradient segons el nivell d'estudis. La població adulta amb estudis universitaris té bona salut autopercebuda en una proporció més elevada que les persones que tenen estudis secundaris, i aquests tenen millor estat de salut que els que tenen estudis primaris o que no en tenen (91,6%, 82,9% i 67,1% respectivament). La diferència en termes absoluts segons nivell d'estudis és de 25,4. En els homes, la diferència en la percepció positiva de l'estat de salut entre els universitaris i els que tenen estudis primaris o no en tenen és de 22,3, mentre que en les dones és de 26,4.

En el període 2011-2016, es redueix la diferència segons el nivell d'estudis en la prevalença de l'autopercepció de l'estat de salut: la proporció de bona salut en les persones amb estudis universitaris roman estable i augmenta en les persones amb estudis primaris o sense estudis.

Segons la situació laboral, la percepció de l'estat de salut és millor entre les persones de 16 a 64 anys que treballen que entre les que es troben a l'atur (90,4% i 81,2% respectivament). La diferència és de 9,2, més elevada en els homes (11,0) que en les dones (7,2). En el període 2011-2016, la diferència en la percepció positiva de l'estat de salut entre persones ocupades i persones a l'atur ha augmentat, especialment en els homes.

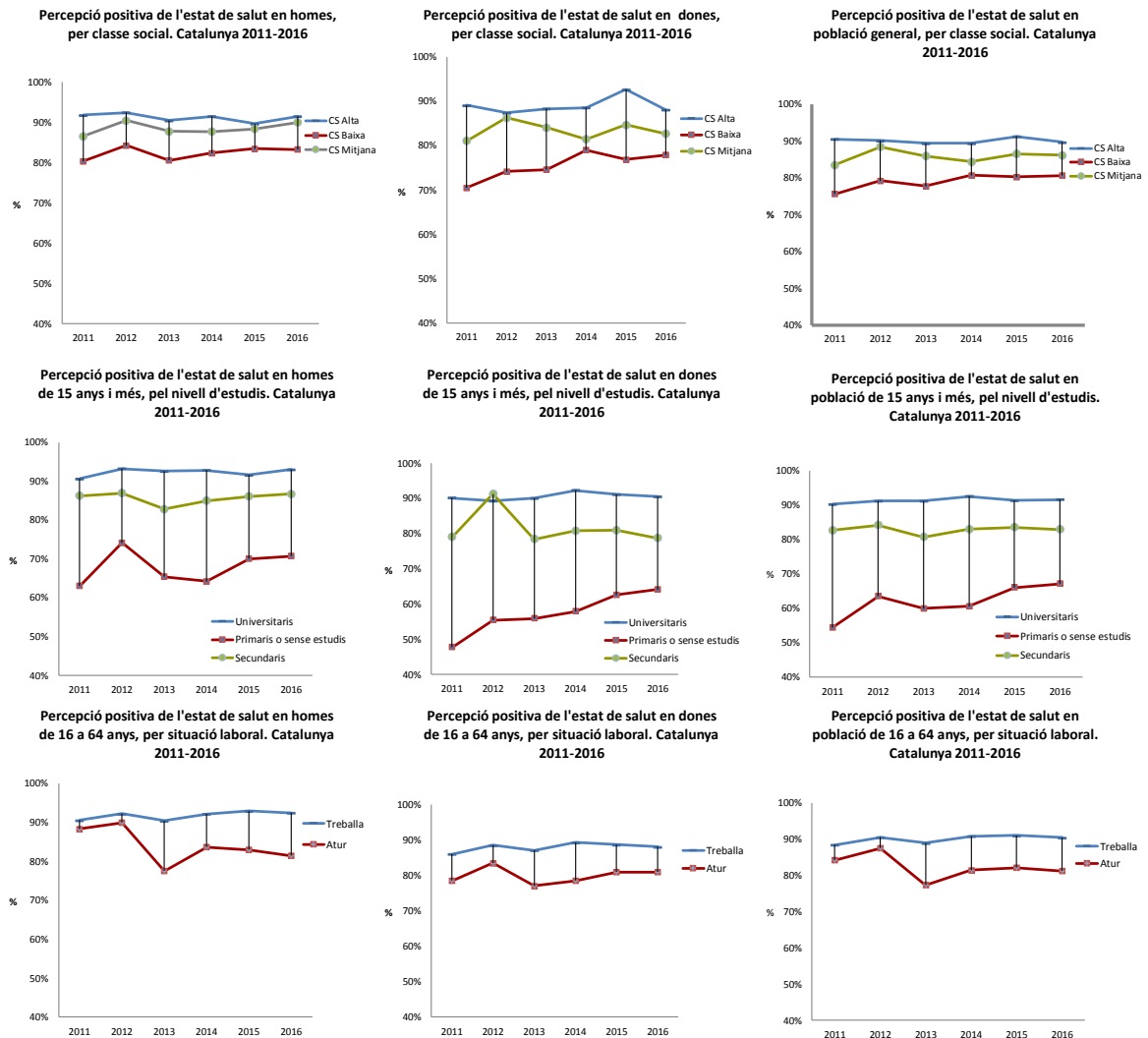
^a Enquesta de salut de Catalunya 2015.

^b Enquesta de salut de Catalunya 2016.

^c CS: classe social de la persona de referència de la llar, diferència entre classe I i classe III. NE: nivell d'estudis, diferència entre estudis universitaris i estudis primaris o sense estudis. SL: situació laboral, diferència entre ocupats i a l'atur.

L'evolució de l'objectiu de reducció de les desigualtats evoluciona favorablement per classe social i per nivell d'estudis, no així per situació laboral.

Prevalença de la percepció positiva de l'estat de salut per classe social i sexe, per nivell d'estudis i sexe, i per situació laboral i sexe. Catalunya 2011-2016



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2011-2016.

Objectiu 2. Reduir en un 20% la taxa de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori

Indicador		Punt de partida ^a	Situació actual ^b	Objectiu 2020
Taxa de mortalitat per 100.000 habitants estandarditzada per edat de les malalties de l'aparell circulatori.	H	202,4	172,7	161,9
	D	124,4	106,1	99,5
	T	158,6	135,5	126,8

Les malalties de l'aparell circulatori comparteixen diferents factors de risc, alguns dels quals són modificables, com ara la hipertensió arterial, la hipercolesterolèmia, la diabetis, l'obesitat o l'estrès.

L'any 2015, les malalties de l'aparell circulatori són la primera causa de mort en les dones i per al total, i la segona causa en els homes. Aquestes malalties provoquen el 27,9% de les defuncions (el 30,3% en les dones i el 25,5% en els homes), de les quals, més de la meitat es produeixen en població de 85 anys i més.

Respecte a l'any 2010, la taxa estandarditzada de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori ha disminuït el 14,6%. Respecte de l'any anterior, ha augmentat un 3,1%. L'evolució de l'objectiu és favorable.

En dones, la mortalitat per aquest grup de malalties a la Regió Sanitària Girona i a la Regió Sanitària Camp de Tarragona se situa per sobre de la del conjunt, mentre que a la de Barcelona se situa per sota. En homes, la mortalitat a la Regió Sanitària Catalunya Central se situa per sobre de la del conjunt.

La mortalitat proporcional de Catalunya (27,9% de les defuncions) és inferior a la mitjana d'Espanya (29,4%). D'altra banda, la taxa estandarditzada de mortalitat a Catalunya se situa per sota de la del conjunt de l'Estat, tant en homes com en dones. En dones, la taxa a Catalunya és la quarta més baixa, i en homes és la sisena més baixa.

Catalunya té la segona taxa de mortalitat més baixa en comparació amb la dels estats de la Unió Europea, tant en homes com en dones, en aquest grup de malalties.

Defuncions i taxa de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2015

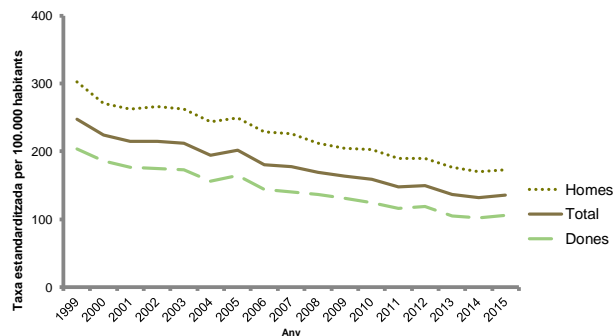
	Defuncions			Taxes (100.000 habitants)		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
0	2	0	2	5,42	0,00	2,80
1-4	2	0	2	1,26	0,00	0,65
5-14	3	2	5	0,72	0,51	0,62
15-24	5	6	11	1,38	1,75	1,56
25-34	27	9	36	5,97	1,94	3,93
35-44	99	49	148	15,03	7,79	11,49
45-54	334	88	422	59,95	16,03	38,15
55-64	663	208	871	157,00	46,32	99,96
65-74	1205	531	1736	376,04	145,29	253,09
75-84	2455	2396	4851	1264,54	888,06	1045,60
85 i més	3325	6529	9854	4776,00	4434,41	4544,07
Total	8120	9818	17938	222,61	259,12	241,21

Font: RMC, 2015.

^a Registre de mortalitat de Catalunya 2010.

^b Registre de mortalitat de Catalunya 2015.

Taxa estandarditzada de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori. Catalunya, 1999-2015

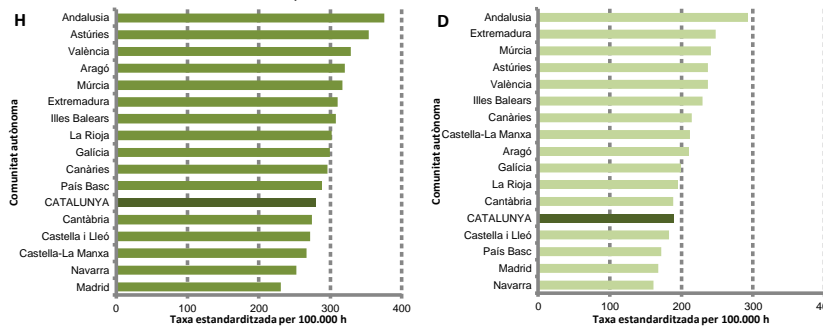


Taxa estandarditzada de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori, per regió sanitària. Catalunya, 2015

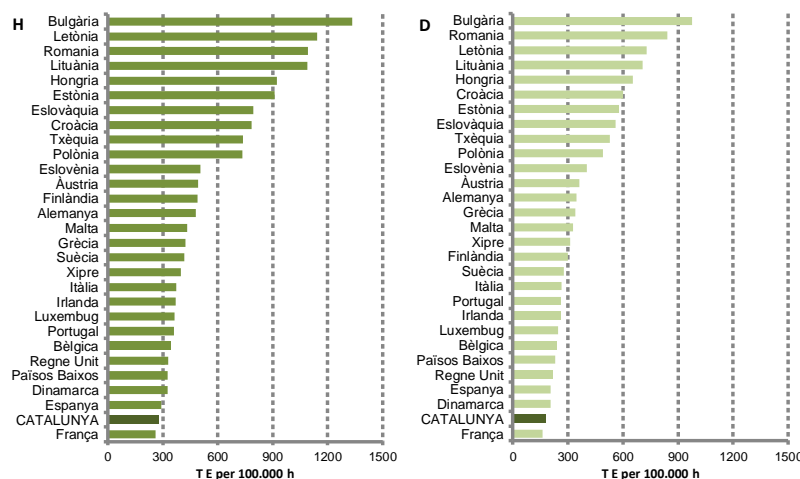
	Dones			Homes		
	TME(c)	LI*	LS*	TME(c)	LI*	LS*
Alt Pirineu i Aran	104,78	81,08	128,47	172,96	138,40	207,51
Barcelona	100,81	97,95	103,67	168,77	164,03	173,51
Camp de Tarragona	122,34	112,41	132,27	179,23	164,97	193,50
Catalunya Central	116,20	107,02	125,38	197,25	182,02	212,48
Girona	117,53	109,87	125,18	174,46	163,06	185,86
Lleida	113,98	102,79	125,17	168,47	151,87	185,08
Terres de l'Ebre	103,72	89,55	117,89	178,14	155,86	200,42
Catalunya	106,07	103,68	108,46	172,71	168,87	176,55

Font: RMC, 2015. (c): Població Catalunya 1991 * LI: límit inferior; LS: límit superior de l'interval de confiança (95%) TME: taxa estandarditzada per 100.000 habitants.

Taxa estandarditzada de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori per sexe i comunitat autònoma, 2015



Taxa estandarditzada de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori per sexe. Catalunya i estats de la Unió Europea, 2014



Objectiu 3. Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per càncer

Indicador		Punt de partida ^a	Situació actual ^b	Objectiu 2020
Taxa de mortalitat per 100.000 habitants estandarditzada per edat de càncer.	H	275,3	245,5	247,8
	D	125,6	116,2	113,0
	T	189,5	172,5	170,6

El càncer és una de les causes més importants de mortalitat i representa una important càrrega de morbiditat. Les projeccions de la incidència de casos fins a l'any 2020 preveuen un creixement del 23,3% respecte del 2010, major en les dones (24,5%) que en els homes (22,5%).⁹

L'any 2015 els tumors malignes són la primera causa de mort en els homes i la segona en les dones i per al total dels dos sexes. El càncer causa el 26,9% de les defuncions (el 32,7% en els homes i el 21,2% en les dones). Les defuncions per càncer en dones tenen un pes relatiu més elevat en grups d'edat més joves. Així, el 58,3% de les defuncions produïdes en dones d'entre 35 i 64 anys són per càncer, i, en el cas dels homes és el 45,9%.

Les taxes estandarditzades de mortalitat mostren una tendència decreixent de la mortalitat per al global de tots els tumors en els últims decennis. L'evolució de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu, respecte a l'any 2010, la mortalitat per càncer ha disminuït un 9,0%, més en els homes (10,8%) que en les dones (7,5%). No s'observen diferències per regions sanitàries en la taxa estandarditzada de mortalitat.

La mortalitat proporcional de Catalunya (26,9% de les defuncions) és superior a la del conjunt d'Espanya (26,4%). D'altra banda, la taxa estandarditzada de mortalitat a Catalunya se situa per sota de la del conjunt de l'Estat, tant en homes com en dones. En dones, la taxa de Catalunya és la quarta més baixa, i en homes és la cinquena.

Catalunya té la segona taxa de mortalitat per càncer més baixa en dones en comparació amb els estats membres de la Unió Europea, i en homes ocupa la vuitena posició de vint-i-nou.

Defuncions i taxa de mortalitat per càncer per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2015

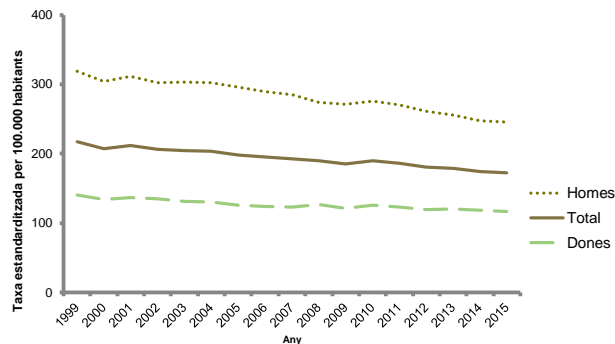
	Defuncions			Taxes (100.000 habitants)		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
0	2	1	3	5,42	2,90	4,20
1-4	3	4	7	1,88	2,67	2,26
5-14	14	11	25	3,37	2,82	3,11
15-24	16	7	23	4,42	2,05	3,27
25-34	33	25	58	7,30	5,40	6,33
35-44	142	157	299	21,56	24,94	23,21
45-54	634	492	1126	113,80	89,60	101,79
55-64	1687	895	2582	399,49	199,32	296,33
65-74	2726	1242	3968	850,70	339,82	578,49
75-84	3256	2047	5303	1677,12	758,70	1143,03
85 i més	1919	1982	3901	2756,43	1346,15	1798,91
Total	10432	6863	17295	286,00	181,13	232,57

Font: RMC, 2015.

^a Registre de mortalitat de Catalunya 2010.

^b Registre de mortalitat de Catalunya 2015.

Taxa estandarditzada de mortalitat per càncer. Catalunya, 1999-2015



Font: RMC, 1999-2015.

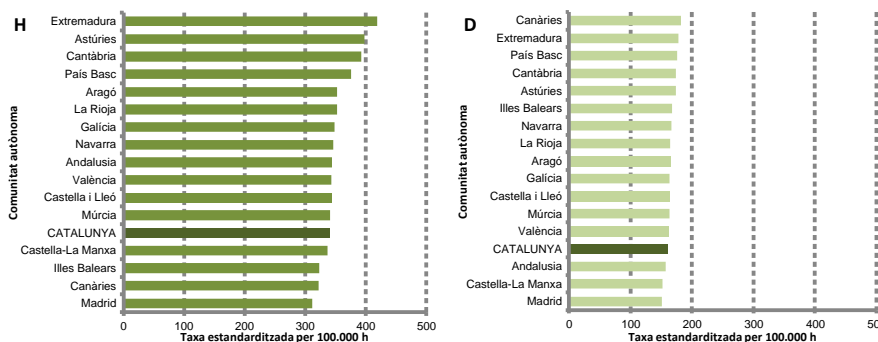
Població estàndard:
Catalunya 1991

Taxa estandarditzada de mortalitat per càncer, per regió sanitària. Catalunya, 2015

	Dones			Homes		
	TME(c)	LI*	LS*	TME(c)	LI*	LS*
Alt Pirineu i Aran	117,44	86,65	148,22	226,31	181,91	270,71
Barcelona	115,84	112,20	119,48	244,53	238,59	250,47
Camp de Tarragona	122,15	111,00	133,31	257,07	239,50	274,63
Catalunya Central	118,54	107,11	129,98	230,42	213,19	247,65
Girona	117,68	108,50	126,86	255,24	240,76	269,72
Lleida	109,22	95,98	122,46	242,65	221,33	263,97
Terres de l'Ebre	110,86	92,82	128,90	247,14	218,80	275,49
Catalunya	116,16	113,19	119,13	245,46	240,68	250,24

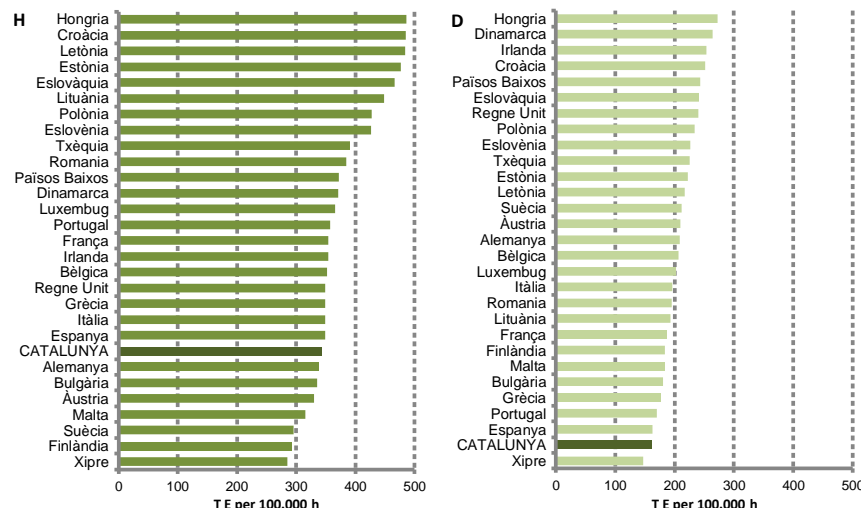
Font: RMC, 2015. (c): Població Catalunya 1991 * LI: límit inferior; LS: límit superior de l'interval de confiança (95%) TME: taxa estandarditzada per 100.000 habitants.

Taxa estandarditzada de mortalitat per càncer per sexe i comunitat autònoma, 2015



Font: INE, 2015.

Taxa estandarditzada de mortalitat per càncer per sexe. Catalunya i estats de la Unió Europea, 2014



Font: Eurostat, 2014. RMC, 2014.

Objectiu 4. Incrementar en un 15% la taxa de supervivència per càncer als cinc anys

Indicador		Punt de partida ^a	Situació actual ^b	Objectiu 2020
Supervivència relativa per càncer als cinc anys (%).	H	46,0	54,0	52,9
	D	56,4	62,5	64,9
	T	50,2	56,5	57,7

El càncer és un problema de salut important a Catalunya: un de cada dos homes i una de cada tres dones desenvoluparà un càncer al llarg de la seva vida. Cada any es diagnostiquen més de 35.000 nous casos de càncer.¹⁰ El càncer és la primera causa de mort en homes i la segona en dones. L'any 2015 han mort més de 17.000 persones per càncer.

La supervivència del càncer és un dels indicadors més utilitzats per estimar l'efecte de l'atenció sanitària. La supervivència relativa indica la proporció de pacients amb càncer que estan vius després d'un temps determinat (habitualment cinc anys), en comparació amb els que estan vius en absència de càncer. Aquest indicador proporciona, per tant, una mesura de l'excés de mortalitat que tenen els pacients amb càncer i permet una millor comparabilitat entre poblacions, representació de tendències temporals i estudi de factors pronòstics del tumor. La supervivència recull l'efecte de les millores en els tractaments i de l'augment de la supervivència deguda a la millora del pronòstic per la detecció precoç, però també de l'avançament del diagnòstic per la detecció precoç en els casos en què no hi ha millora del pronòstic. El monitoratge de la supervivència d'un país s'ha de fer a partir dels registres poblacionals de càncer que inclouen tots els casos de càncer detectats en el país o la regió.

La supervivència en els homes i en les dones per al conjunt de tumors i per als quatre tumors més freqüents en cada sexe evoluciona d'acord amb l'objectiu marcat en tots dos sexes. La supervivència continua sent superior en les dones respecte dels homes (62,5% en les dones i 54,0% en el homes a l'últim període analitzat).

La supervivència i la seva tendència al llarg del període analitzat varia en funció de la localització tumoral:

- És alta, superior al 80%, i amb tendència d'increment per al càncer de pròstata i el càncer de mama.
- Presenta valors intermedis, entre el 50% i el 80%, en el càncer colorectal, de bufeta urinària i de cos uterí amb una tendència creixent en el càncer colorectal (en ambdós sexes) i el cos uterí i estabilitat en el càncer de bufeta.
- És baixa, no supera el 20% en el càncer de pulmó sense que s'observi una clara tendència de creixement ni en el homes ni en les dones.

En el context europeu,¹¹ Catalunya se situa en la mitjana europea pel que fa a la supervivència global, tant en els homes com en les dones. Pel que fa als tumors més freqüents, la supervivència és lleugerament superior en el càncer colorectal, de pulmó i de mama en les dones i en el càncer de pròstata i de bufeta urinària en les homes.

^a Registre de càncer de Tarragona i Girona, cohort amb període de diagnòstic 1995-1999.

^b Registre de càncer de Tarragona i Girona, cohort amb període de diagnòstic 2005-2007.

Supervivència relativa als cinc anys en homes per als quatre tumors més freqüents i el total (% i IC95%). Catalunya, cohorts 1999-2001, 2002-2004, 2005-2007

Localització tumoral	Període diagnòstic		
	1999-2001	2002-2004	2005-2007
Còlon, recte i anus	52,5 (49,4 - 55,7)	54,8 (52,1 - 57,7)	56,0 (53,3-58,8)
Tràquea, bronquis i pulmó	10,3 (8,8 - 12,1)	10,7 (9,2 - 12,5)	11,1 (9,6-12,7)
Pròstata	82,3 (79,7 - 85,0)	86,6 (84,3 - 88,9)	90,8 (88,9-92,7)
Bufeta urinària	69,4 (66,2 - 72,8)	70,2 (67,1 - 73,5)	67,9 (64,9-71,1)
Total excepte pell no melanoma	48,8 (47,7 - 50,0)	51,6 (50,5 - 52,6)	54,0 (53,0-55,0)

Supervivència relativa als cinc anys en dones per als quatre tumors més freqüents i el total (% i IC95%). Catalunya, cohorts 1999-2001, 2002-2004, 2005-2007

Localització tumoral	Període diagnòstic		
	1999-2001	2002-2004	2005-2007
Còlon, recte i anus	54,6 (51,1 - 58,3)	56,3 (53,1 - 59,8)	61,0 (57,9 - 64,4)
Tràquea, bronquis i pulmó	10,0 (6,0 - 16,8)	20,4 (15,7 - 26,6)	19,9 (15,7 - 25,3)
Mama	81,2 (79,2 - 83,3)	83,9 (82,1 - 85,9)	86,5 (84,8 - 88,3)
Cos uterí	74,0 (69,2 - 79,1)	73,6 (68,7 - 78,7)	78,7 (74,3 - 83,5)
Total excepte pell no melanoma	59,5 (58,2 - 60,8)	60,3 (59,1 - 61,6)	62,5 (61,3 - 63,7)

Supervivència relativa als cinc anys en homes per als quatre tumors més freqüents i el total (% i IC95%). Catalunya i Europa, cohort 2000-2007

Localització tumoral	Catalunya	Europa
Còlon, recte i anus	55,3 (53,6-57,1)	55,1 (54,9-55,4)
Tràquea, bronquis i pulmó	10,9 (10,0-12,0)	11,7 (11,5-11,8)
Pròstata	87,4 (86,1-88,8)	84,0 (83,8-84,2)
Bufeta urinària	18,3 (13,7-24,6)	16,5 (15,7-17,3)
Total excepte pell no melanoma	51,8 (51,2-52,5)	50,4 (50,3-50,5)

Període diagnòstic 2000-2007 per poder comparar amb Eurocare (www.eurocare.it)

Supervivència relativa als cinc anys en dones per als quatre tumors més freqüents i el total (% i IC95%). Catalunya i Europa, cohort 2000-2007

Localització tumoral	Catalunya	Europa
Còlon, recte i anus	58,0 (56,0-60,1)	55,4 (55,1-55,6)
Tràquea, bronquis i pulmó	18,6 (15,6-22,1)	15,6 (15,3-15,9)
Mama	84,7 (83,5-85,8)	83,8 (83,6-83,9)
Cos uterí	75,4 (72,5-78,5)	77,6 (77,2-78,0)
Total excepte pell no melanoma	61,1 (60,4-61,9)	59,3 (59,2-59,4)

Període diagnòstic 2000-2007 per poder comparar amb Eurocare (www.eurocare.it)

Objectiu 5. Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties respiratòries

Indicador		Punt de partida ^a	Situació actual ^b	Objectiu 2020
Taxa de mortalitat per 100.000 habitants estandarditzada per edat de les malalties del sistema respiratori.	H	87,6	82,9	78,8
	D	31,2	33,1	28,1
	T	53,3	53,1	48,0

Les malalties del sistema respiratori (asma, malalties pulmonars obstructives cròniques, al·lèrgies respiratòries, malalties pulmonars d'origen laboral o hipertensió pulmonar) són la tercera causa de defunció més freqüent. Han ocasionat el 10,9% de totes les defuncions (el 12,4% en els homes i el 9,5% en les dones). Vuit de cada deu defuncions per aquesta causa es donen en població de 85 anys i més. Respecte de l'any anterior, les defuncions han augmentat un 12,9% a Catalunya i un 18,3% a Espanya.¹²

L'evolució de les taxes estandarditzades de mortalitat mostren una tendència decreixent al llarg del període 1999-2015, amb repunts conjunturals. Respecte del 2014, la taxa de mortalitat per malalties del sistema respiratori ha augmentat un 9,5% a Catalunya, coincidint amb una campanya de grip dilatada i tardana.¹³ Destaca l'augment de la mortalitat per influença, infeccions respiratòries agudes i pneumònies. Aquest augment també s'ha donat en altres països de l'entorn. Respecte del 2010, la taxa de mortalitat s'ha reduït un 5,4% en homes i ha augmentat un 6,1% en dones. L'evolució de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu en homes i contrària a l'esperada en dones.

No s'observen diferències en la taxa de mortalitat de cada regió sanitària en relació amb la del conjunt de Catalunya.

La taxa de mortalitat a Catalunya se situa per sota de la d'Espanya en tots dos sexes, ocupa la cinquena posició més baixa en homes i la quarta més baixa en dones.

En el context europeu, la taxa de mortalitat per malalties respiratòries en dones se situa per sota de la del conjunt dels 28 estats membres de la Unió Europea, mentre que en homes se situa per sobre.

Defuncions i taxa de mortalitat per malalties respiratòries per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2015

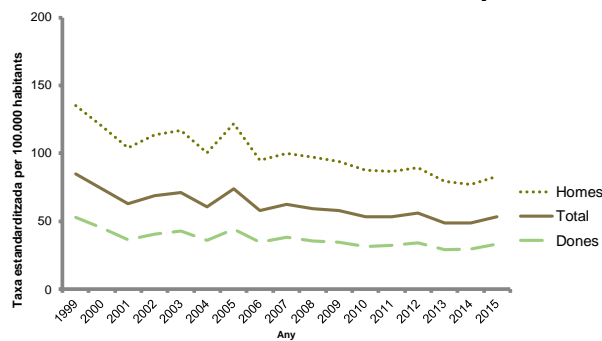
	Defuncions			Taxes (100.000 habitants)		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
0	1	2	3	2,71	5,80	4,20
1-4	1	0	1	0,63	0,00	0,32
5-14	2	0	2	0,48	0,00	0,25
15-24	6	4	10	1,66	1,17	1,42
25-34	7	5	12	1,55	1,08	1,31
35-44	29	11	40	4,40	1,75	3,11
45-54	59	40	99	10,59	7,28	8,95
55-64	211	62	273	49,97	13,81	31,33
65-74	528	162	690	164,77	44,32	100,59
75-84	1361	731	2092	701,03	270,94	450,92
85 i més	1756	2055	3811	2522,30	1395,73	1757,40
Total	3961	3072	7033	108,59	81,08	94,57

Font: RMC, 2015.

^a Registre de mortalitat de Catalunya 2010.

^b Registre de mortalitat de Catalunya 2015.

Taxa estandarditzada de mortalitat per malalties respiratòries. Catalunya, 1999-2015



Font: RMC, 1999-2015.

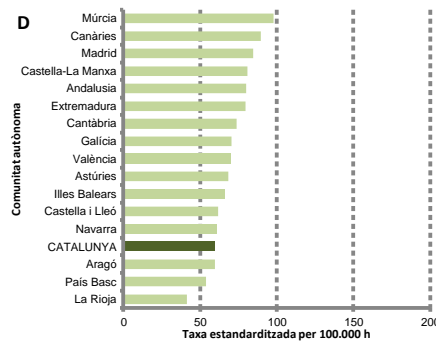
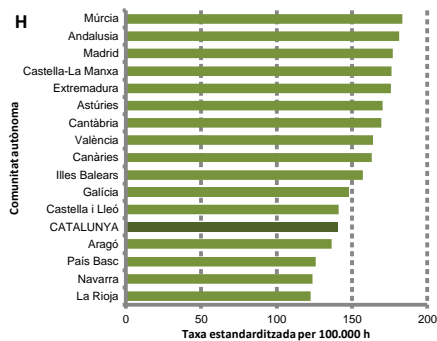
Població estàndard:
Catalunya 1991

Taxa estandarditzada de mortalitat per malalties respiratòries, per regió sanitària. Catalunya, 2015

	Dones			Homes		
	TME(c)	LI*	LS*	TME(c)	LI*	LS*
Alt Pirineu i Aran	37,85	23,93	51,77	85,54	60,98	110,10
Barcelona	30,84	29,26	32,43	81,84	78,57	85,11
Camp de Tarragona	39,32	33,73	44,91	88,32	78,27	98,37
Catalunya Central	35,90	30,41	41,39	84,50	74,58	94,42
Girona	34,58	30,41	38,76	77,48	69,90	85,07
Lleida	43,36	36,62	50,10	94,74	82,37	107,12
Terres de l'Ebre	36,14	27,96	44,33	86,13	70,98	101,29
Catalunya	33,08	31,74	34,42	82,91	80,27	85,54

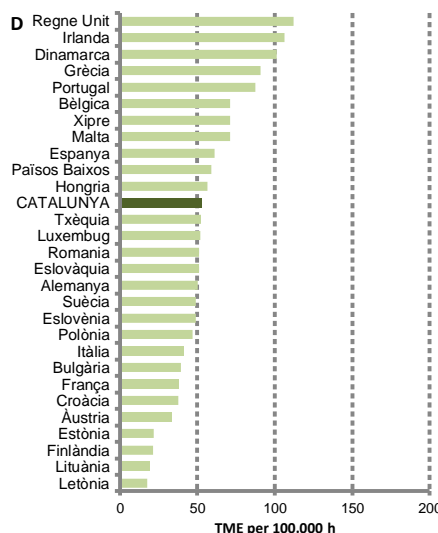
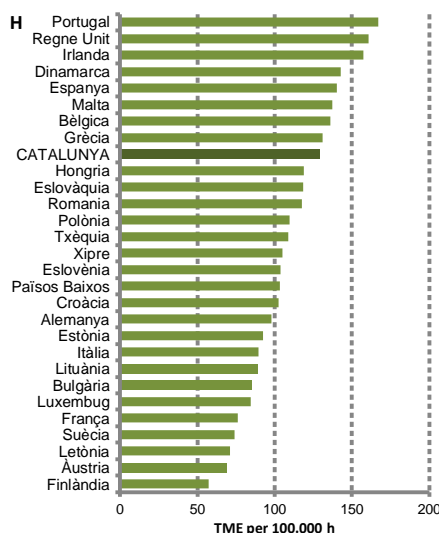
Font: RMC, 2015. (c): Població de Catalunya 1991 * LI: límit inferior; LS: límit superior de l'interval de confiança (95%)
TME: taxa estandarditzada per 100.000 habitants.

Taxa estandarditzada de mortalitat per malalties respiratòries per sexe i comunitat autònoma, 2015



Font: INE, 2015.

Taxa estandarditzada de mortalitat per malalties respiratòries per sexe. Catalunya i estats de la Unió Europea, 2014



Font: Eurostat, 2014.
RMC, 2014.

Objectiu 5.1. Retardar un any l'edat mitjana de la mort per malalties respiratòries

Indicador		Punt de partida ^a	Situació actual ^b	Objectiu 2020
Edat mitjana de la mort per malalties del sistema respiratori (població de totes les edats).	H	81,1	81,2	82,1
	D	86,0	86,0	87,0
	T	83,2	83,3	84,2

Aquest objectiu és de nova introducció i complementa l'anterior, de reducció de la mortalitat per malalties del sistema respiratori. De forma específica, se centra en l'endarreriment de l'edat mitjana de defunció per les malalties d'aquest grup. El grup de malalties del sistema respiratori inclou l'asma, les malalties pulmonars obstructives cròniques, les al·lèrgies respiratòries, les malalties pulmonars d'origen laboral i la hipertensió pulmonar, les quals tenen consideració de malaltia crònica.

L'any 2015 s'han produït 7.033 defuncions per malalties del sistema respiratori (3.961 homes i 3.072 dones). L'edat mitjana de la mort és de 81,2 anys complerts en homes i de 86,0 anys complerts en dones. Pel que fa a la distribució de l'edat de les defuncions, la mediana de l'edat de la mort és de 83 anys en els homes i de 88 anys en les dones. La meitat de les defuncions en els homes es produeixen entre els 76 i els 89 anys, i en les dones entre els 82 i els 92 anys. L'edat en què es concentren més defuncions és els 84 anys en els homes i els 93 en les dones.

Respecte del punt de partida, l'edat mitjana de la mort ha augmentat 0,1 anys en homes i s'ha mantingut estable en dones. Des del 2010, l'edat mitjana de la mort per malalties del sistema respiratori ha augmentat 1,5 anys en homes i 1,26 en dones.

No es disposa d'informació comparable a escala estatal o europea.

Estadístics de l'edat de les defuncions per malalties del sistema respiratori, segons sexe. Catalunya, 2015

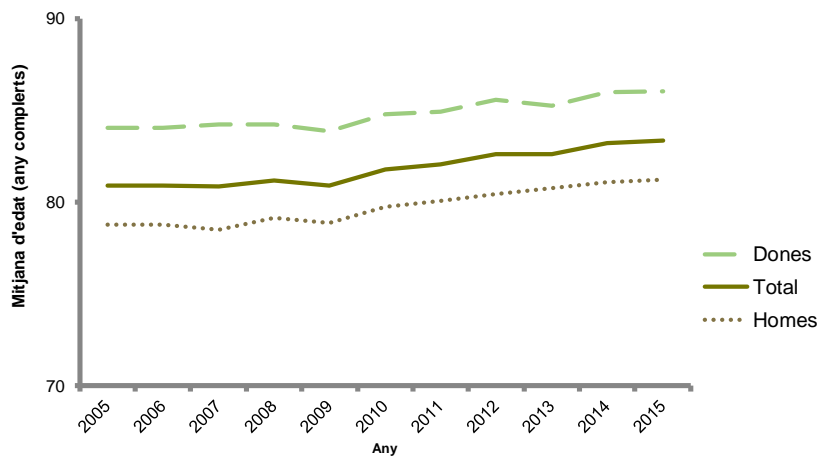
	Homes	Dones	Catalunya
Mitjana	81,2	86,0	83,3
Mínim	0	0	0
Màxim	106	106	106
Percentil 25	76	82	79
Mediana	83	88,0	85
Percentil 75	89	92	90
Moda	84	93	88

Font: RMC, 2015.

^a Registre de mortalitat de Catalunya 2014.

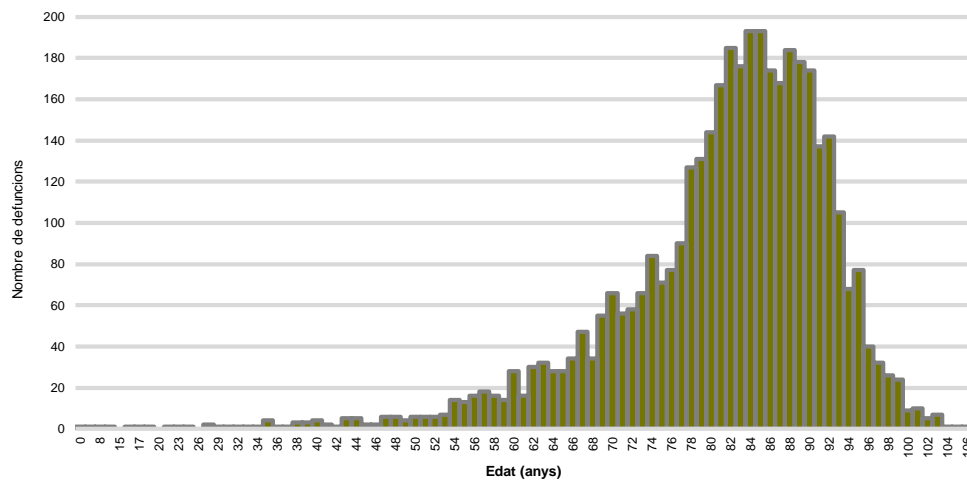
^b Registre de mortalitat de Catalunya 2015.

Edat mitjana de la mort per malalties del sistema respiratori. Catalunya, 2005-2015



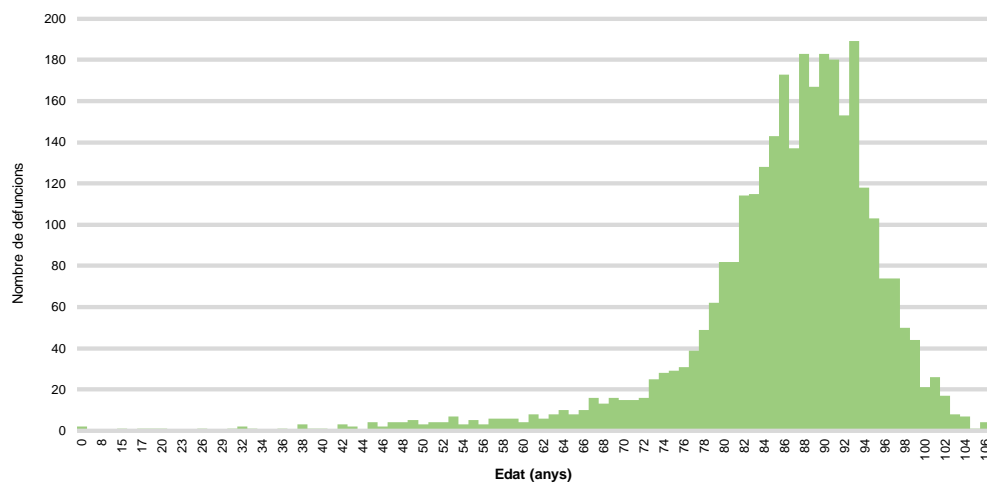
Font: RMC, 2005-2015.

Distribució de les defuncions per malalties del sistema respiratori segons l'edat (anys) i sexe. Homes. Catalunya 2015



Font: RMC, 2015.

Distribució de les defuncions per malalties del sistema respiratori segons l'edat (anys) i sexe. Dones. Catalunya 2015



Font: RMC, 2015.

Objectiu 6. Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties mentals

Indicador		Punt de partida ^a	Situació actual ^b	Objectiu 2020
Taxa de mortalitat per 100.000 habitants estandarditzada per edat de les malalties mentals.	H	24,7	29,7	22,2
	D	24,0	26,2	21,6
	T	24,6	27,9	22,1

Les malalties mentals provoquen una alta discapacitat i tenen un fort impacte en la qualitat de vida de les persones que les pateixen, que solen ser víctimes de l'estigma social associat a la malaltia mental, i també tenen impacte en la qualitat de vida de les seves famílies. A Catalunya, el 2016 el 12,6% de la població adulta ha patit depressió o ansietat el darrer any, més les dones que els homes (17,2% i 7,8% respectivament). Les dades de mortalitat subestimen la presència de trastorns mentals, ja que molts no són causa bàsica de defunció. L'Alzheimer no s'inclou en l'epígraf de malalties mentals, ja que és una malaltia del sistema nerviós i dels sentits.

El 7,0% de les defuncions són atribuïdes a malalties mentals (el 4,7% en els homes i el 9,2% en les dones). El 96,4% de les defuncions per malalties mentals ho són per demències (el 97,7% en les dones i el 93,9% en els homes). El 95,2% de les defuncions per aquest grup de malalties es donen en persones de 75 anys i més.

L'any 2015 les defuncions per malalties mentals han augmentat un 14,8% a Catalunya i un 14,0% al conjunt de l'Estat respecte de l'any anterior. Les taxes estandarditzades de mortalitat per malalties mentals mostren una tendència creixent des del 2010 a Catalunya. L'evolució de l'indicador és contrària a l'assoliment de l'objectiu previst per al 2020.

La Regió Sanitària Catalunya Central té una mortalitat per sobre de la del conjunt en tots dos sexes. La Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran se situa per sota en dones, i la Regió Sanitària Lleida en homes.

En relació amb la resta de comunitats autònomes, Catalunya té una mortalitat relativament alta per trastorns mentals, amb la segona taxa més elevada en tots dos sexes. A escala europea, Catalunya també ocupa una posició elevada, similar a la dels països del nord d'Europa.

Defuncions i taxa de mortalitat per malalties mentals per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2015

	Defuncions			Taxes (100.000 habitants)		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
0	0	0	0	0,00	0,00	0,00
1-4	0	0	0	0,00	0,00	0,00
5-14	2	1	3	0,48	0,26	0,37
15-24	0	0	0	0,00	0,00	0,00
25-34	1	0	1	0,22	0,00	0,11
35-44	1	2	3	0,15	0,32	0,23
45-54	10	9	19	1,80	1,64	1,72
55-64	24	12	36	5,68	2,67	4,13
65-74	90	62	152	28,09	16,96	22,16
75-84	462	499	961	237,97	184,95	207,14
85 i més	942	2388	3330	1353,08	1621,90	1535,60
Total	1532	2973	4505	42,00	78,46	60,58

Font: RMC, 2015.

^a Registre de mortalitat de Catalunya 2010.

^b Registre de mortalitat de Catalunya 2015.

Taxa estandarditzada de mortalitat per malalties mentals. Catalunya, 1999-2015



Font: RMC, 1999-2015.

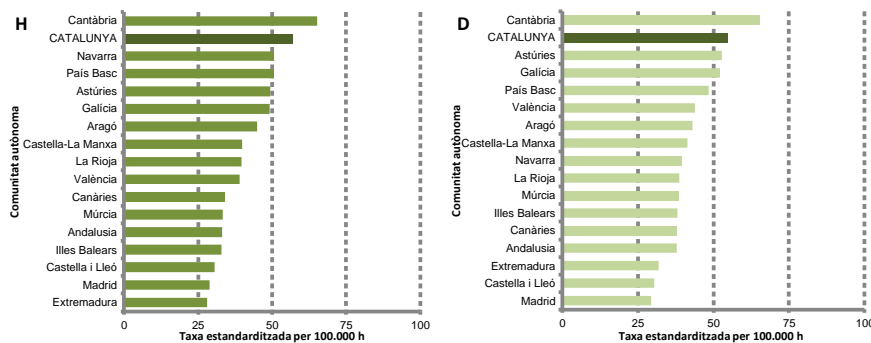
Població estàndard:
Catalunya 1991

Taxa estandarditzada de mortalitat per malalties mentals, per regió sanitària. Catalunya, 2015

	Homes			Dones		
	TME(c)	LI*	LS*	TME(c)	LI*	LS*
Alt Pirineu i Aran	19,03	9,30	28,77	15,17	7,36	22,98
Barcelona	30,49	28,57	32,42	26,37	25,08	27,66
Camp de Tarragona	23,75	18,70	28,80	23,67	19,79	27,54
Catalunya Central	43,54	36,83	50,24	35,11	30,27	39,95
Girona	27,26	22,85	31,67	25,32	21,99	28,65
Lleida	19,09	13,94	24,24	21,09	17,14	25,04
Terres de l'Ebre	25,98	18,16	33,81	23,16	17,28	29,03
Catalunya	29,66	28,15	31,18	26,22	25,16	27,28

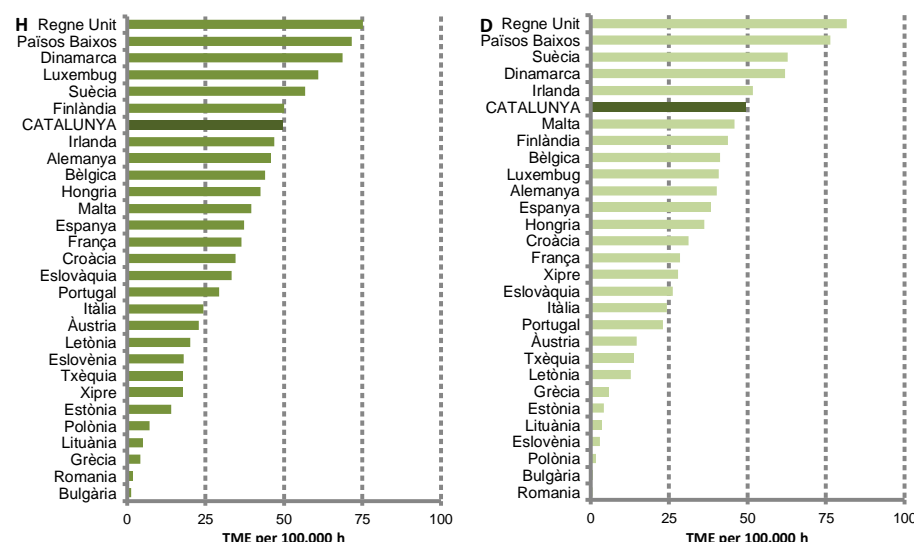
Font: RMC, 2015. (c): Població a Catalunya 1991 * LI: límit inferior; LS: límit superior de l'interval de confiança (95%) TME: taxa estandarditzada x 100.000 habitants.

Taxa estandarditzada de mortalitat per malalties mentals per sexe i comunitat autònoma, 2015



Font: INE, 2015.

Taxa estandarditzada de mortalitat per malalties mentals per sexe. Catalunya i estats de la Unió Europea, 2014



Font: Eurostat, 2014.
RMC, 2014.

Objectiu 7. Reduir en un 15% la taxa de mortalitat per malalties isquèmiques del cor

Indicador		Punt de partida ^a	Situació actual ^b	Objectiu 2020
Taxa de mortalitat per 100.000 habitants estandarditzada per edat de les malalties isquèmiques del cor.	H	71,3	56,1	60,6
	D	26,8	21,8	22,8
	T	45,8	36,8	38,9

Objectiu 7.1. Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties isquèmiques del cor

Indicador		Punt de partida ^c	Situació actual	Objectiu 2020
Taxa de mortalitat per 100.000 habitants estandarditzada per edat de les malalties isquèmiques del cor.	H	60,4	56,1	54,4
	D	22,0	21,8	19,8
	T	38,5	36,8	34,7

Les malalties isquèmiques del cor són el grup de malalties més important en nombre de defuncions per malalties de l'aparell circulatori, ja que representa el 24,7% d'aquestes defuncions (el 31,2% en els homes i el 19,3% en les dones).

L'objectiu 7 estava assolit l'any 2013, motiu pel qual s'ha augmentat el nivell d'exigència amb la introducció de l'objectiu 7.1.

L'evolució de les taxes estandarditzades de mortalitat per malalties isquèmiques del cor mostra una tendència decreixent des de l'any 1999, amb una lleugera reducció de la mortalitat diferencial entre homes i dones. Respecte del 2010, la mortalitat s'ha reduït el 21,3% en homes i el 18,7% en dones. Respecte del 2013, la reducció és del 4,4% (el 7,1 en homes i el 0,9% en dones).

Pel que fa a la mortalitat per aquesta causa en relació amb la resta de comunitats autònomes, la taxa de Catalunya se situa per sota de la mitjana d'Espanya.

En comparació amb Europa, Catalunya se situa entre els territoris amb una mortalitat més baixa per malalties isquèmiques del cor, la tercera més baixa en homes i la segona més baixa en dones.

Defuncions i taxa de mortalitat per malalties isquèmiques del cor per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2015

	Defuncions			Taxes (100.000 habitants)		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
0	0	0	0	0,00	0,00	0,00
1-4	0	0	0	0,00	0,00	0,00
5-14	1	0	1	0,24	0,00	0,12
15-24	0	1	1	0,00	0,29	0,14
25-34	3	1	4	0,66	0,22	0,44
35-44	28	6	34	4,25	0,95	2,64
45-54	137	22	159	24,59	4,01	14,37
55-64	292	59	351	69,15	13,14	40,28
65-74	474	145	619	147,92	39,67	90,24
75-84	788	483	1271	405,89	179,02	273,96
85 i més	811	1180	1991	1164,91	801,44	918,13
Total	2534	1897	4431	69,47	50,07	59,58

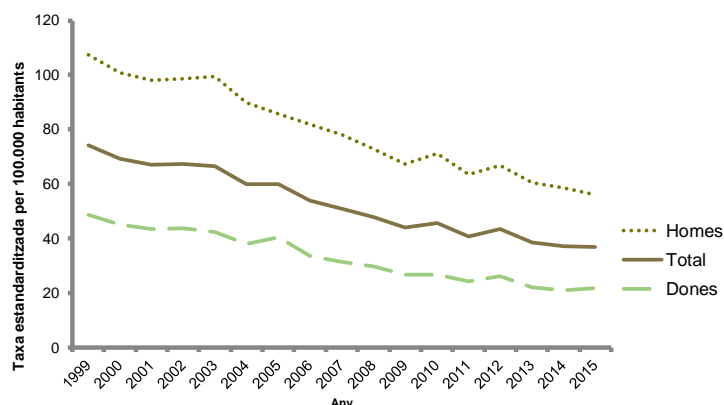
Font: RMC, 2015.

^a Registre de mortalitat de Catalunya 2010.

^b Registre de mortalitat de Catalunya 2015.

^c Registre de mortalitat de Catalunya 2013.

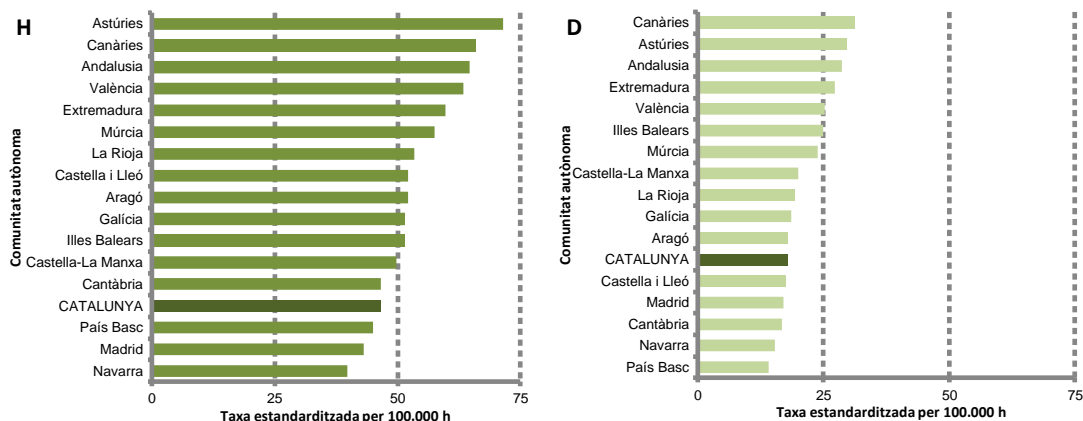
Taxa estandarditzada de mortalitat per malalties isquèmiques del cor. Catalunya, 1999-2015



Font: RMC, 1999-2015.

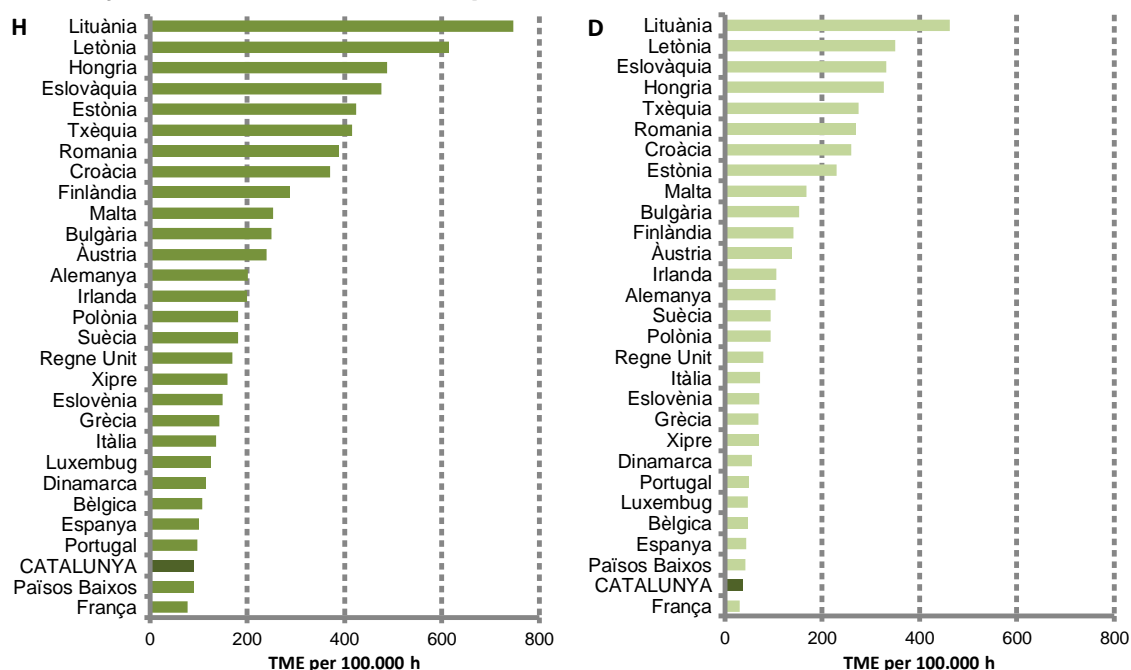
Població estàndard:
Catalunya 1991

Taxa estandarditzada de mortalitat per malalties isquèmiques del cor per sexe i comunitat autònoma, 2015



Font: MSSSI, 2015.

Taxa estandarditzada de mortalitat per malalties isquèmiques del cor per sexe. Catalunya i estats de la Unió Europea, 2014



Font: Eurostat, 2014. RMC, 2014.

Objectiu 8. Reduir en un 15% la taxa de mortalitat per ictus

Indicador		Punt de partida ^a	Situació actual ^b	Objectiu 2020
Taxa de mortalitat per 100.000 habitants estandarditzada per edat de les malalties cerebrovasculars.	H	41,6	35,5	35,3
	D	30,6	24,9	26,0
	T	35,4	29,6	30,1

Les malalties cerebrovasculars són el segon grup més important en nombre de defuncions per malalties de l'aparell circulatori, ja que representa el 21,8% d'aquestes defuncions (el 20,7% en els homes i el 22,8% en les dones).

La taxa de mortalitat estandarditzada per malalties cerebrovasculars ha disminuït un 16,4% des del 2010 (el 14,7% en homes i el 18,6% en dones). El darrer any s'ha produït un repunt, en el marc d'una tendència descendent al llarg del període 1999-2015. La millora de la prevenció i el control de la hipertensió arterial ha anat acompanyat de la disminució de la incidència i les taxes de mortalitat de l'ictus. L'evolució de l'indicador en tots dos sexes és favorable a l'assoliment de l'objectiu previst per al 2020.

La mortalitat per malalties cerebrovasculars en relació amb altres comunitats autònomes se situa per sota de la del conjunt d'Espanya en tots dos sexes. La posició relativa de les dones per comunitats autònomes és millor que la dels homes.

En el context europeu, Catalunya se situa com un dels territoris amb una mortalitat més baixa per malalties cerebrovasculars (la tercera posició en homes i la segona en dones).

Defuncions i taxa de mortalitat per malalties cerebrovasculars per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2015

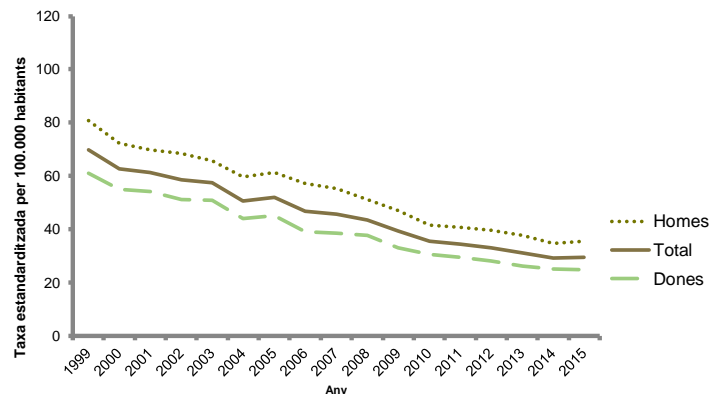
	Defuncions			Taxes (100.000 habitants)		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
0	0	0	0	0,00	0,00	0,00
1-4	0	0	0	0,00	0,00	0,00
5-14	0	0	0	0,00	0,00	0,00
15-24	0	1	1	0,00	0,29	0,14
25-34	6	2	8	1,33	0,43	0,87
35-44	14	14	28	2,13	2,22	2,17
45-54	48	19	67	8,62	3,46	6,06
55-64	107	53	160	25,34	11,80	18,36
65-74	239	125	364	74,58	34,20	53,07
75-84	575	595	1170	296,17	220,53	252,19
85 i més	692	1425	2117	993,98	967,84	976,23
Total	1681	2234	3915	46,09	58,96	52,65

Font: RMC, 2015.

^a Registre de mortalitat de Catalunya 2010.

^b Registre de mortalitat de Catalunya 2015.

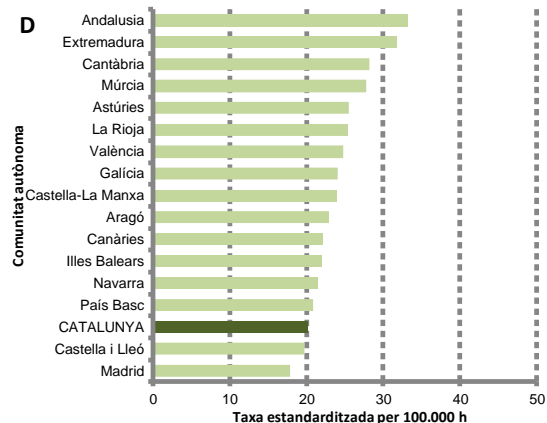
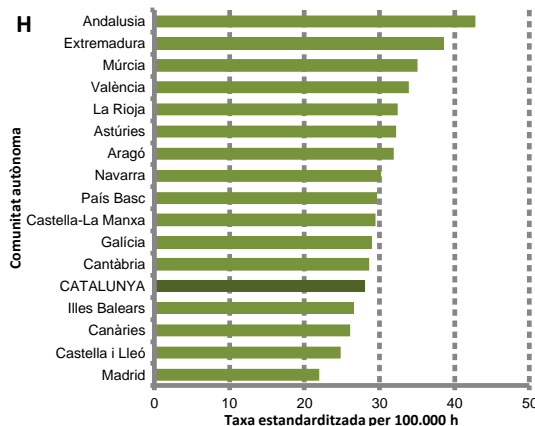
Taxa estandarditzada de mortalitat per malalties cerebrovasculars. Catalunya, 1999-2015



Font: RMC, 1999-2015.

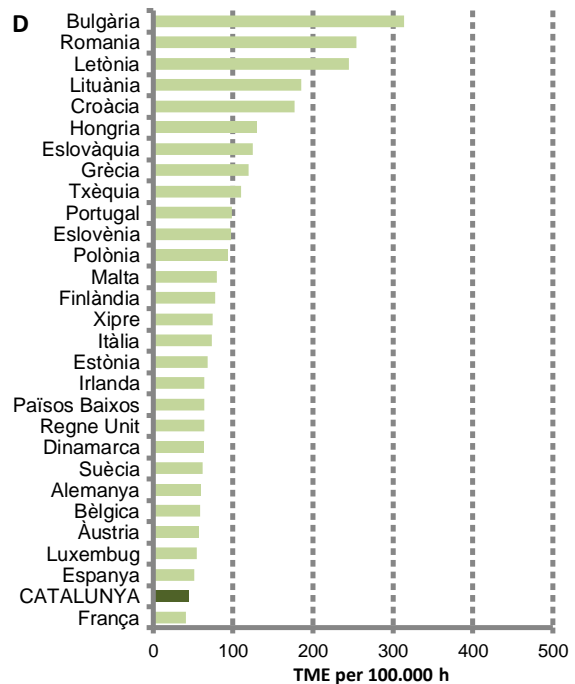
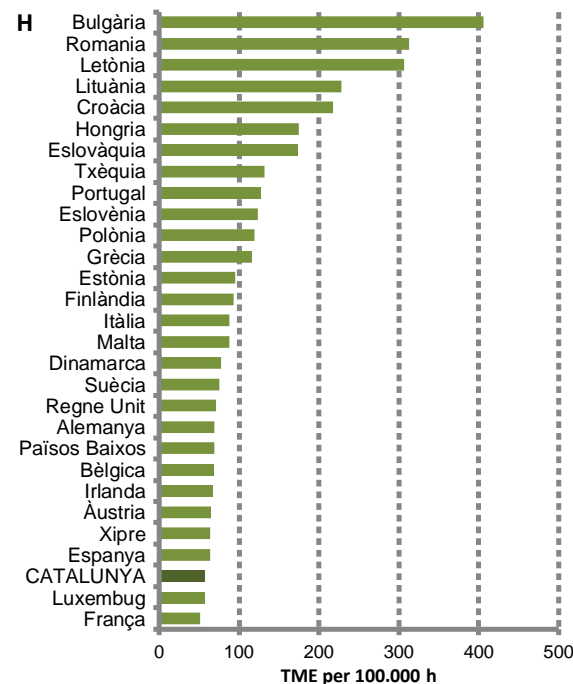
Població estàndard:
Catalunya 1991

Taxa estandarditzada de mortalitat per malalties cerebrovasculars per sexe i comunitat autònoma, 2015



Font: MSSSI, 2015.

Taxa estandarditzada de mortalitat per malalties cerebrovasculars per sexe. Catalunya i estats de la Unió Europea, 2014



Font: Eurostat, 2014. RMC, 2014.

Objectiu 9. Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per càncer de mama en dones

Indicador		Punt de partida ^a	Situació actual ^b	Objectiu 2020
Taxa de mortalitat per 100.000 habitants estandarditzada per càncer de mama.	D	21,4	17,1	19,2

El 3,0% de defuncions en dones és atribuïble al càncer de mama. El de mama és el segon tipus de càncer amb més defuncions associades en dones (976 defuncions l'any 2015). Les causes de mort amb un percentatge més elevat de defuncions en dones (demències, malalties cerebrovasculars, Alzheimer, malalties cardiovasculars, ronyó) es concentren en edats més avançades.

L'evolució de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu previst per al 2020: en els darrers anys, s'observa una disminució de les taxes estandarditzades de mortalitat per aquesta causa i des del 2010 s'ha reduït un 20,1%. Tot i que es preveu un augment de la incidència del càncer de mama en els propers anys, s'espera que la detecció precoç i les millores en el tractament mantinguin la tendència decreixent de la mortalitat per aquest tumor. L'any 2015, el 89,7% del grup prioritzat de dones de 50 a 69 anys es fa periòdicament una mamografia.¹⁴

La supervivència relativa al cap de cinc anys per càncer de mama a Catalunya dels casos diagnosticats en el període 2005-2007 és del 86,5%.¹⁰

La taxa de mortalitat per càncer de mama en dones a Catalunya se situa per sota de la mitjana d'Espanya. En el context europeu, Catalunya té la taxa de mortalitat per càncer de mama més baixa dels 28 estats membres.

Defuncions i taxa de mortalitat per càncer de mama per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2015

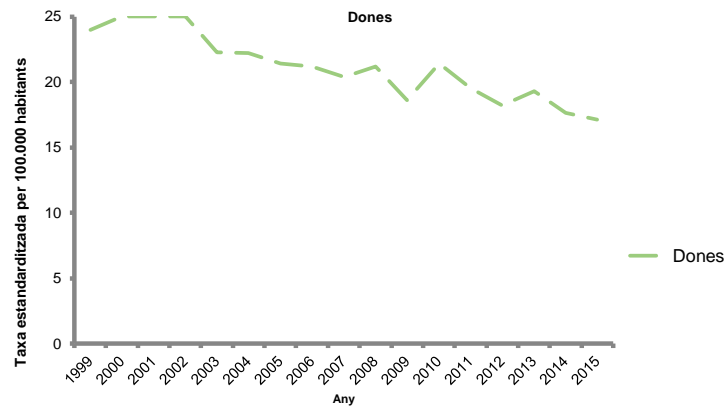
	Defuncions			Taxes (100.000 habitants)		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
0	0	0	0	0,00	0,00	0,00
1-4	0	0	0	0,00	0,00	0,00
5-14	0	0	0	0,00	0,00	0,00
15-24	0	0	0	0,00	0,00	0,00
25-34	0	8	8	0,00	1,73	0,87
35-44	2	54	56	0,30	8,58	4,35
45-54	1	103	104	0,18	18,76	9,40
55-64	0	150	150	0,00	33,41	17,22
65-74	3	180	183	0,94	49,25	26,68
75-84	2	229	231	1,03	84,88	49,79
85 i més	1	252	253	1,44	171,15	116,67
Total	9	976	985	0,25	25,76	13,25

Font: RMC, 2015.

^a Registre de mortalitat de Catalunya 2010.

^b Registre de mortalitat de Catalunya 2015.

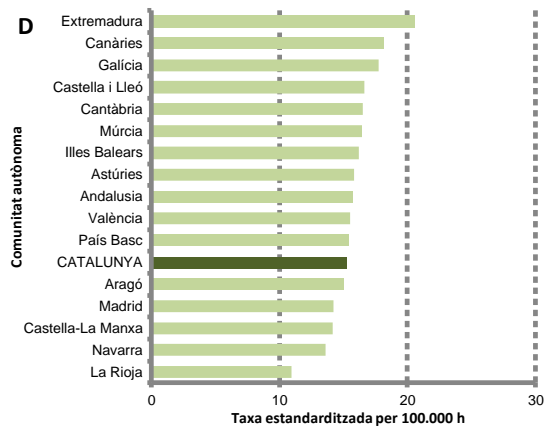
Taxa estandarditzada de mortalitat per càncer de mama en dones. Catalunya, 1999-2015



Font: RMC, 1999-2015.

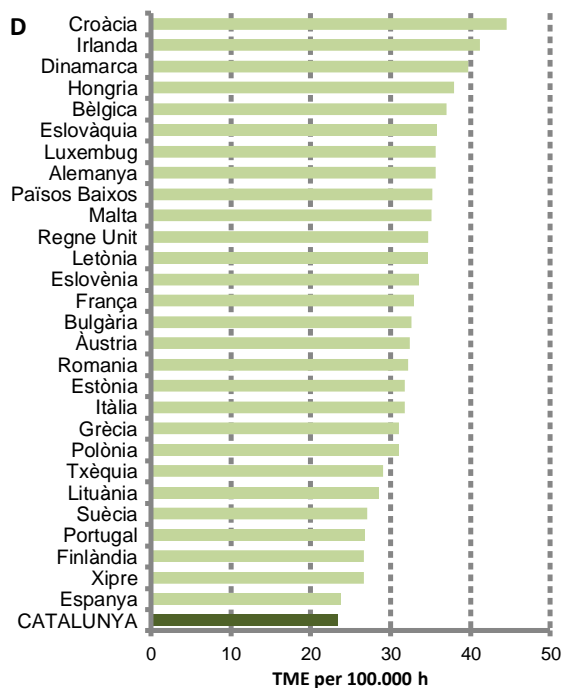
Població estàndard:
Catalunya 1991

Taxa estandarditzada de mortalitat per càncer de mama per comunitat autònoma, 2015



Font: MSSSI, 2015.

Taxa estandarditzada de mortalitat per càncer de mama en dones. Catalunya i estats de la Unió Europea, 2014



Font: Eurostat, 2014. RMC, 2014.

Objectiu 10. Reduir en un 5% la taxa de mortalitat per càncer colorectal

Indicador		Punt de partida ^a	Situació actual ^b	Objectiu 2020
Taxa de mortalitat per 100.000 habitants estandarditzada per edat de tumor maligne colorectal.	H	36,5	33,1	34,7
	D	17,1	16,1	16,2
	T	25,3	23,6	24,1

El 4,4% de les defuncions en homes i el 3,2% en dones són atribuïbles a tumors malignes de còlon i recte. És el càncer amb més defuncions en dones (1.022, el 14,9% de les defuncions per càncer) i el segon més freqüent en homes (1.417, el 13,6% de les defuncions per càncer). El 76,9% de les defuncions per càncer colorectal corresponen a tumors de còlon (el 79,1% en dones i el 75,4% en homes) i la resta a tumors de recte i anus.

La taxa de mortalitat estandarditzada per càncer de còlon és del 17,9 per 100.000 habitants (24,8 en homes i 12,7 en dones), mentre que la taxa per càncer de recte i anus és de 5,6 per 100.000 habitants (3,4 en homes i 8,3 en dones). La tendència de la taxa de mortalitat per càncer colorectal és descendent en el període 1999-2015. Des del 2010, la mortalitat s'ha reduït el 6,7% per al conjunt dels dos sexes, 9,3% en homes i 5,8% en dones.

La taxa de mortalitat de Catalunya se situa per sobre de la del conjunt d'Espanya en tots dos sexes. En comparació amb Europa, Catalunya se situa per sobre de la taxa del conjunt de 28 estats membres en homes, i per sota en dones.

La taxa de supervivència a cinc anys per càncer colorectal dels casos diagnosticats en el període 2005-2007 és del 56,5% en els homes i el 62,0% en les dones. El Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte, amb la prova de detecció de sang oculta en femta en població de 50 a 69 anys, s'està estenent de forma gradual per tal d'incloure-hi tota la població diana a finals del 2017. Els estudis realitzats indiquen que la detecció precoç del càncer colorectal augmenta les possibilitats de curació i que pot disminuir la mortalitat per aquest tumor fins a un 16% en els participants al Programa.¹⁵

Defuncions i taxa de mortalitat per tumor maligne colorectal per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2015

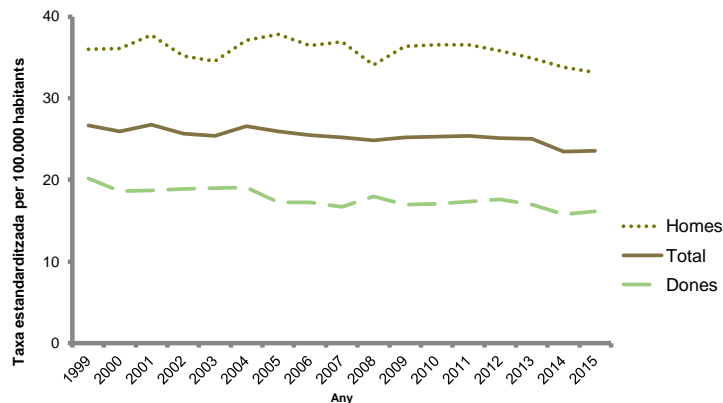
	Defuncions			Taxes (100.000 habitants)		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
0	0	0	0	0,00	0,00	0,00
1-4	0	0	0	0,00	0,00	0,00
5-14	0	0	0	0,00	0,00	0,00
15-24	0	0	0	0,00	0,00	0,00
25-34	4	0	4	0,88	0,00	0,44
35-44	13	15	28	1,97	2,38	2,17
45-54	77	53	130	13,82	9,65	11,75
55-64	207	106	313	49,02	23,61	35,92
65-74	376	158	534	117,34	43,23	77,85
75-84	453	334	787	233,33	123,79	169,63
85 i més	287	356	643	412,24	241,79	296,51
Total	1417	1022	2439	38,85	26,97	32,80

Font: RMC, 2015.

^a Registre de mortalitat de Catalunya 2010.

^b Registre de mortalitat de Catalunya 2015.

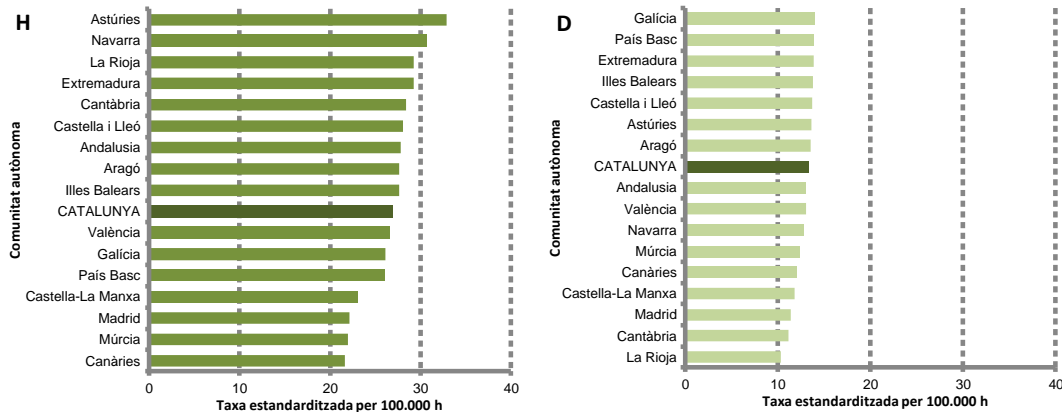
Taxa estandarditzada de mortalitat per tumor maligne colorectal. Catalunya, 1999-2015



Font: RMC, 1999-2015.

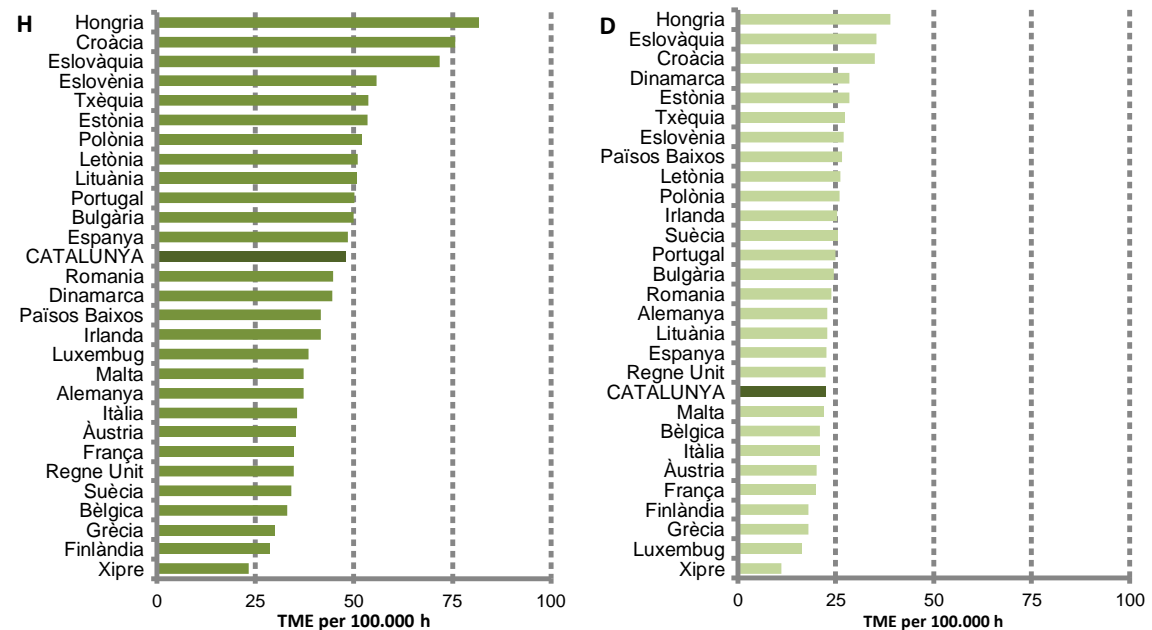
Població estàndard:
Catalunya 1991

Taxa estandarditzada de mortalitat per tumor maligne colorectal per sexe i comunitat autònoma, 2015



Font: MSSSI, 2015.

Taxa estandarditzada de mortalitat per tumor maligne colorectal per sexe. Catalunya i estats de la Unió Europea, 2014



Font: Eurostat, 2014. RMC, 2014.

Objectiu 11. Reduir per sota del nivell del 2010 la taxa de mortalitat per suïcidi

Indicador		Punt de partida ^a	Situació actual ^b	Objectiu 2020
Taxa de mortalitat per 100.000 habitants estandarditzada per edat de suïcidis i autolesions.	H	8,5	8,8	< 8,5
	D	2,4	3,2	< 2,4
	T	5,3	5,8	< 5,3

El suïcidi és la tercera causa de mort prematura més freqüent a Catalunya en tots dos sexes, per darrere del càncer de pulmó i les malalties isquèmiques del cor en els homes, i del càncer de mama i del càncer de pulmó en les dones. Així mateix, és la tercera causa que provoca més anys de vida perduts, per darrere dels accidents de trànsit i els enverinaments accidentals.¹⁶ Les defuncions per suïcidi representen el 0,8% de les defuncions totals a Catalunya, i suposen el 16,9% dins del grup de causes externes (el 22,5% en els homes i el 10,1% en les dones). Les defuncions per suïcidi estan subestimades, atesa la variabilitat en les condicions de recollida i tractament de la informació.¹⁷

A Catalunya, l'any 2015, set de cada deu defuncions per suïcidi són d'homes. Entre els 45 i els 54 anys s'observa el nombre més elevat de defuncions per suïcidi, tot i que les taxes de mortalitat són més elevades en els grups de més edat. Alguns autors atribueixen l'increment dels suïcidis en població d'edat avançada a l'afebliment de la integració social, la disminució del poder adquisitiu i la pèrdua de suport familiar.¹⁸ L'any 2015 s'han produït 1.818 episodis de conducta suïcida registrats pel Codi risc de suïcidi, que s'està implantant arreu del territori.

L'evolució de la taxa estandarditzada de la mortalitat per suïcidi mostra variacions anuals en el període 1999-2015, però sense una tendència clara.¹⁹ Des del 2010, l'evolució de l'indicador és contrària a l'assoliment de l'objectiu previst per al 2020.

La taxa estandarditzada de suïcidis de Catalunya és baixa en relació amb altres comunitats autònomes en els homes. Pel que fa a les dones, se situa per sota de la mitjana d'Espanya.

Les taxes de suïcidis a Europa mostren molta variabilitat territorial. De manera general, aquestes són més baixes en els països mediterranis i més altes en els del nord i l'est.

Defuncions i taxa de mortalitat per suïcidis i autolesions per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2015

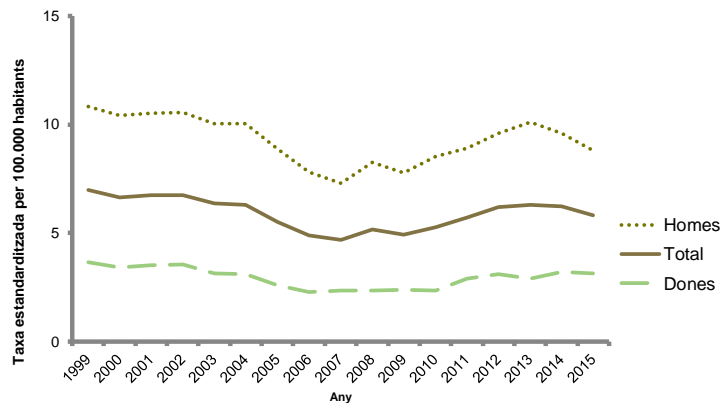
	Defuncions			Taxes (100.000 habitants)		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
0	0	0	0	0,00	0,00	0,00
1-4	0	0	0	0,00	0,00	0,00
5-14	1	0	1	0,24	0,00	0,12
15-24	19	10	29	5,25	2,92	4,12
25-34	31	9	40	6,85	1,94	4,37
35-44	65	24	89	9,87	3,81	6,91
45-54	72	26	98	12,92	4,73	8,86
55-64	50	24	74	11,84	5,34	8,49
65-74	50	17	67	15,60	4,65	9,77
75-84	38	9	47	19,57	3,34	10,13
85 i més	30	14	44	43,09	9,51	20,29
Total	356	133	489	9,76	3,51	6,58

Font: RMC, 2015.

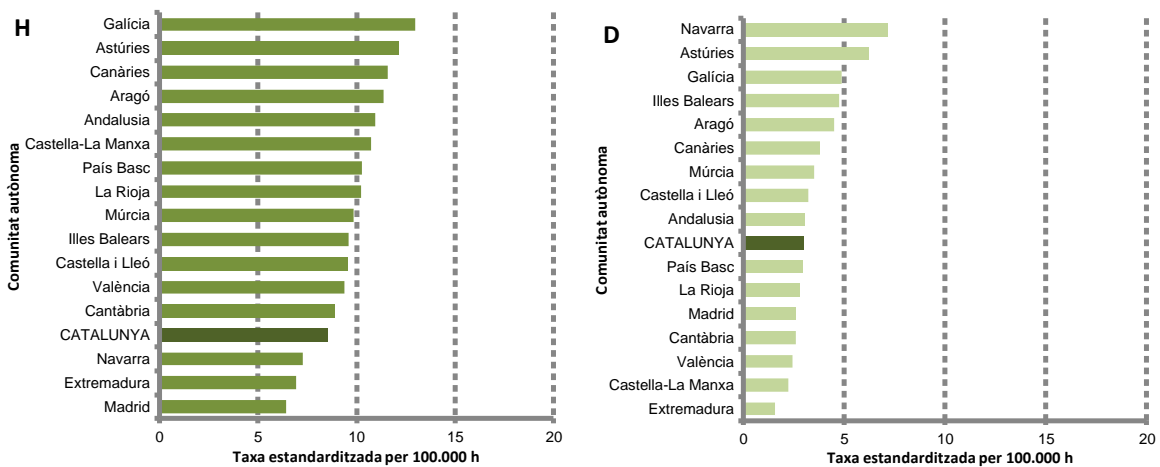
^a Registre de mortalitat de Catalunya 2010.

^b Registre de mortalitat de Catalunya 2015.

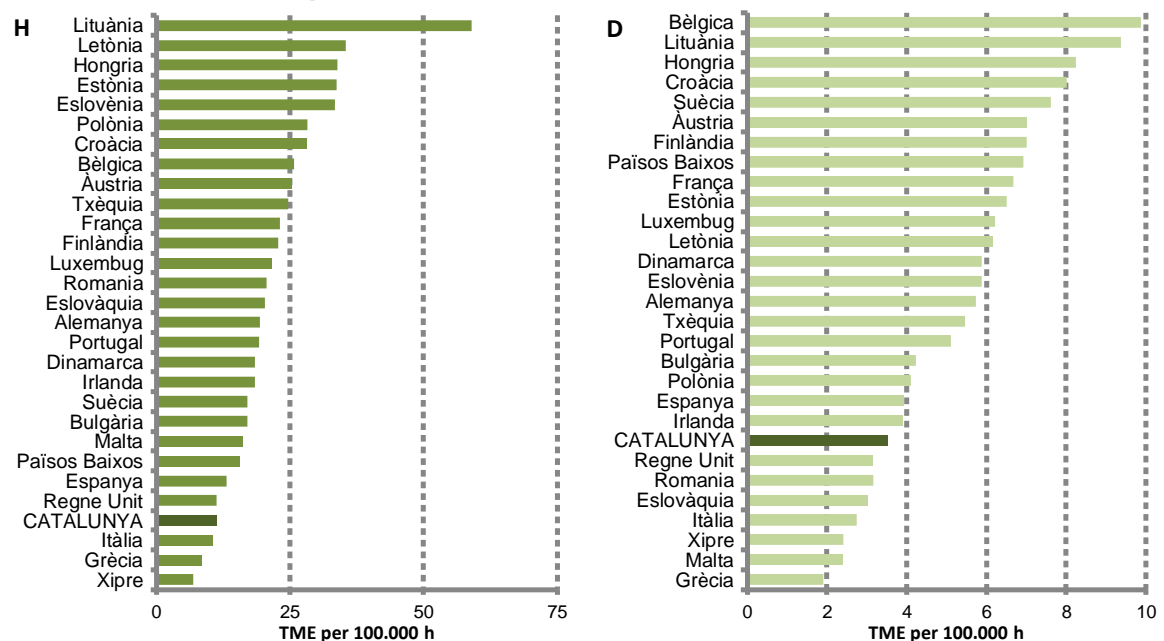
Taxa estandarditzada de mortalitat per suïcidis i autolesions. Catalunya, 1999-2015



Taxa estandarditzada de mortalitat per suïcidis i autolesions per sexe i comunitat autònoma, 2015



Taxa estandarditzada de mortalitat per suïcidis i autolesions per sexe. Catalunya i estats de la Unió Europea, 2014



Objectiu 12. Reduir en un 10% la incidència de la fractura de coll del fèmur en població de 65 anys i més

Indicador		Punt de partida ^a	Situació actual ^b	Objectiu 2020
Taxa d'ingrés hospitalari per 10.000 habitants estandarditzada per edat per fractura de coll del fèmur en població de 65 anys i més.	H	48,7	47,9	43,9
	D	83,2	82,9	74,9
	T	70,5	69,5	63,4

La fractura del fèmur entre les persones de 65 anys i més comporta un augment del risc d'incapacitat funcional, d'institucionalització i de mortalitat a mitjà termini. D'altra banda, la fractura del fèmur suposa un augment significatiu de l'ús de recursos sanitaris en la població de 65 anys i més.²⁰ Les projeccions de població, amb un envelliment més gran, preveuen un augment de la incidència de fractures osteoporòtiques en els propers anys.

Vuit de cada deu pacients que reben l'alta després d'una fractura osteoporòtica no reben cap recomanació que els ajudi a prevenir-ne una de nova, mentre que haver patit una fractura osteoporòtica augmenta entre dues i quatre vegades el risc de presentar-ne de noves. Per tal de donar resposta a aquesta situació, s'ha posat en marxa el projecte APROP, un programa d'intervenció comunitària que prevé l'aparició de noves fractures en persones que ja n'han patit una.²¹

A Catalunya, l'any 2016 es van produir 9.890 hospitalitzacions per fractura de coll del fèmur en persones de 65 anys i més. Tres de cada quatre hospitalitzacions per fractura de coll del fèmur són de dones (el 74,4%) i la taxa d'hospitalitzacions de les dones és el doble que la dels homes. Les fractures de coll del fèmur s'incrementen amb l'edat, la taxa es duplica per cada cinc anys més d'edat, i el 55,5% tenen lloc en persones de 85 anys i més.

Entre 2010 i 2016 ha augmentat el nombre d'hospitalitzacions per fractura de coll del fèmur en un 11,2% (13,6% els homes i 10,4% les dones) i la taxa bruta un 2,1% (2,9% en homes i 2,5% en dones). La taxa estandarditzada per edat de fractures de coll de fèmur se situa actualment en 69,5 per cada 10.000 habitants (47,9 en homes i 82,9 en dones). Respecte del 2010, la taxa estandarditzada per edat d'hospitalitzacions per fractura de coll del fèmur ha disminuït un 1,4% (1,5% els homes i 0,4% les dones). L'evolució de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu previst pel 2020, a un ritme inferior a l'esperat.

La taxa d'hospitalització per fractura de coll del fèmur estandarditzada per edat a Catalunya és de les més elevades en comparació amb la resta de comunitats autònomes. La variabilitat per regió sanitària és més gran en els homes que en les dones.

Nombre de contactes i taxes específiques per fractura de coll del fèmur en població de 65 anys i més. Catalunya, 2016

	Contactes			Taxa per 10.000 habitants		
	Home	Dona	Total	Home	Dona	Total
65-69 anys	154	227	381	8,7	11,4	10,1
70-74 anys	201	421	622	14,1	25,1	20,1
75-79 anys	308	808	1116	28,8	58,8	45,7
80-84 anys	613	1713	2326	68,8	128,0	104,3
85-89 anys	709	2238	2947	143,0	240,3	206,5
90-94 anys	435	1476	1911	244,6	334,8	308,9
>94 anys	110	477	587	331,8	384,3	373,2
Total	2530	7360	9890	43,2	93,5	72,0

Font: CMBD-HA, 2016.

^a CMBD-HA, 2010.

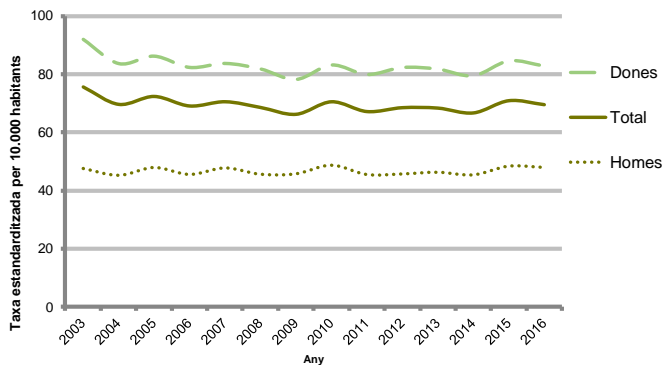
^b CMBD-HA, 2016.

Nombre de contactes hospitalaris, taxa bruta i taxa estandarditzada per fractura de coll del fèmur en la població de 65 anys i més, per sexe. Catalunya, 2010-2016

	Contactes			Taxa bruta (10.000 habitants)			Taxa estandarditzada (10.000 habitants)		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
2010	2227	6666	8893	42,0	91,2	70,5	48,7	83,2	70,5
2011	2180	6802	8982	40,8	92,9	70,9	45,4	80,0	67,1
2012	2212	6914	9126	40,4	92,7	70,6	45,6	82,4	68,5
2013	2290	6957	9247	41,2	92,1	70,5	46,2	81,8	68,3
2014	2284	6892	9176	40,2	89,6	68,6	45,3	79,6	66,6
2015	2485	7349	9834	42,9	94,3	72,4	48,4	84,6	70,9
2016	2530	7360	9890	43,2	93,5	72,0	47,9	82,9	69,5

Font: CMBD-HA, 2010-2016. Població estàndard: RCA 2010.

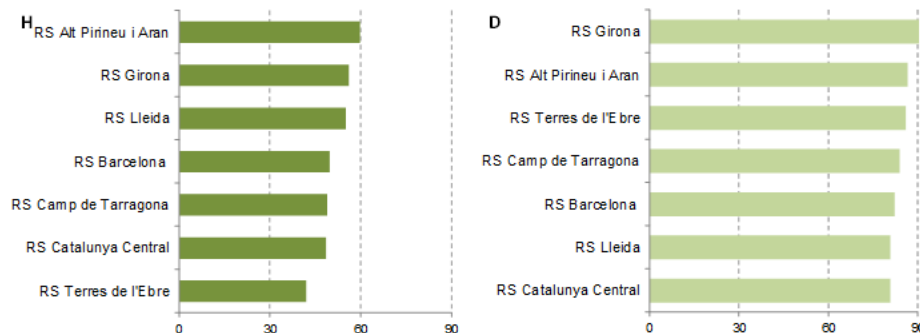
Evolució de la taxa estandarditzada per edat d'hospitalització per fractura de coll del fèmur en la població de 65 anys i més per sexe. Catalunya, 2003-2016



Font: CMBD-HA, 2003-2016.

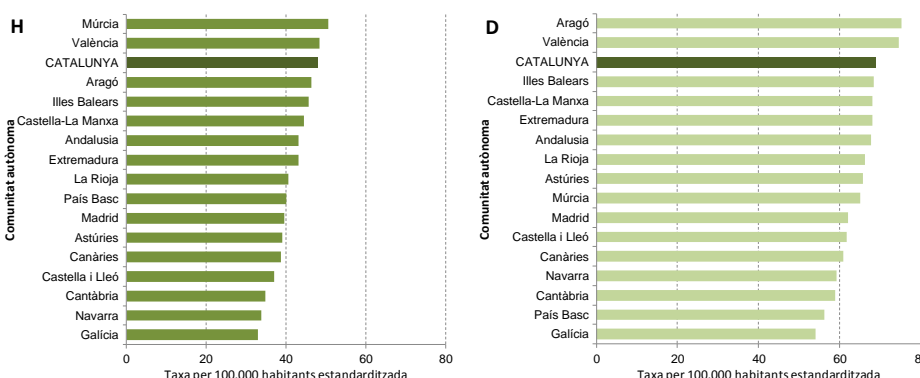
Població estàndard: RCA 2010.

Taxa estandarditzada per edat d'hospitalització per fractura de coll del fèmur (per 10.000 habitants) per sexe i regió sanitària. Catalunya, 2016



Font: CMBD-HA, 2016.

Taxa d'hospitalització per 100.000 habitants estandarditzada per edat per fractura de coll del fèmur, per sexe. Comunitats autònomes, 2015



Font: MSSSI, 2015.

Objectiu 13. Reduir en un 10% les amputacions en població de 45 a 74 anys amb diabetis

Indicador		Punt de partida ^a	Situació actual ^b	Objectiu 2020
Taxa d'amputacions per 10.000 habitants en població de 45 a 74 anys amb diabetis.	H	39,6	42,5	35,6
	D	10,8	9,0	9,7
	T	27,4	27,4	24,7

Objectiu 13.1. Reduir en un 10% les amputacions majors en població de 45 a 74 anys amb diabetis

Indicador		Punt de partida ^c	Situació actual ^d	Objectiu 2020
Taxa d'amputacions majors per 10.000 habitants en població de 45 a 74 anys amb diabetis.	H	4,4	4,6	4,0
	D	1,6	1,4	1,5
	T	3,3	3,2	2,9

Entre el 10% i el 15% de les persones amb diabetis desenvolupen una úlcera de peu diabètic. La prevalença de malaltia vascular perifèrica és el doble en persones amb diabetis si es compara amb la població general, cosa que comporta que la diabetis sigui un important factor de risc d'amputació.²²

L'any 2016, el nombre estimat de persones de 15 anys i més amb diabetis és de 528.000 persones, de les quals 321.000 tenen entre 45 i 74 anys. La prevalença de la diabetis en població adulta és del 8,4% (8,6% en homes i 8,2% en dones), i en el grup d'edat seleccionat, del 12,1%, més en els homes que en les dones (13,6% i 10,6% respectivament).

A Catalunya s'han produït 896 amputacions l'any 2016 en persones diabètiques de 45 a 74 anys, de les quals 90 són amputacions majors, per sobre del genoll. Cinc de cada sis amputacions en aquest grup d'edat es fan en homes. La taxa d'amputacions per 10.000 habitants augmenta en els grups d'edat més elevada. El tipus d'amputació més freqüent és la dels dits dels peus tant en homes com en dones.

La taxa d'amputacions de dits del peu en homes és la que mostra una oscil·lació més marcada en el període 2006-2016, mentre que en dones roman més estable.

La taxa d'amputacions per 10.000 persones diabètiques és més alta en els homes que en les dones, tant en amputacions totals (42,5 en homes i 9,0 en dones) com en amputacions majors (4,6 i 1,4 respectivament). La diferència en la proporció d'amputacions per sexe és consistent amb altres estudis realitzats a Espanya²³ i a altres països.²⁴

Respecte del 2011, la taxa d'amputacions en població diabètica ha augmentat un 7,3% en els homes, ha disminuït un 16,7% en les dones i ha romàs estable per al total.

Pel que fa a la taxa d'amputacions majors en població diabètica, l'objectiu és de nova introducció: respecte de l'any anterior, la taxa d'amputacions per sobre del genoll en persones diabètiques han disminuït un 1,8% per al total, ha augmentat un 3,6% en els homes i ha disminuït un 14,6% en les dones.

La taxa d'hospitalització per amputacions de membres inferiors per trastorns endocrins, nutricionals i metabòlics en població de 45 a 74 anys a Catalunya se situa lleugerament per sota de la del conjunt de l'Estat en homes i en dones.

^a CMBD-HA, 2011; *Enquesta de salut de Catalunya 2011*.

^b CMBD-HA, 2016; *Enquesta de salut de Catalunya 2015-2016*.

^c CMBD-HA, 2015; *Enquesta de salut de Catalunya 2014-2015*.

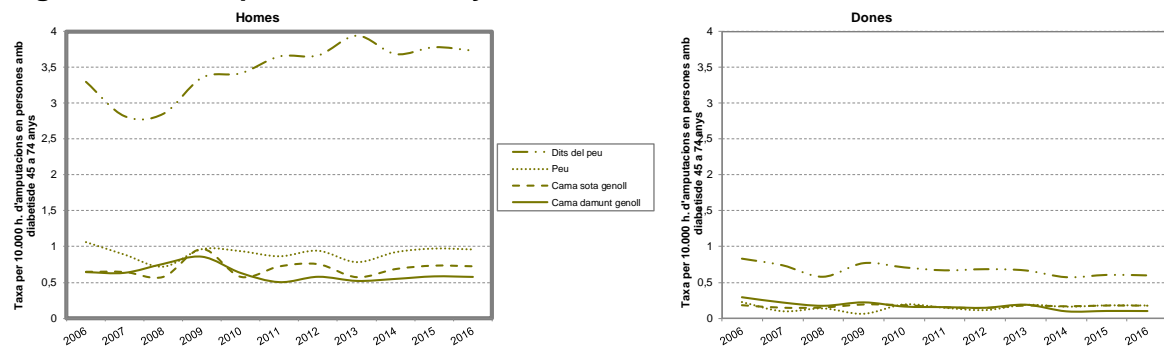
^d CMBD-HA, 2016; *Enquesta de salut de Catalunya 2015-2016*.

Nombre i taxa específica d'amputacions totals i d'amputacions majors per 10.000 habitants, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2016

Grup d'edat	Amputacions			Amputacions majors (per sobre del genoll)		
	Nombre			Taxa per 10.000 h		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
45-49	28	5	33	0,9	0,2	0,6
50-54	70	19	89	2,6	0,7	1,7
55-59	118	22	140	5,1	0,9	2,9
60-64	161	22	183	8,2	1,0	4,5
65-69	205	26	231	11,6	1,3	6,2
70-74	177	43	220	12,4	2,6	7,1
Total (45-74)	759	137	896	5,8	1,0	3,3

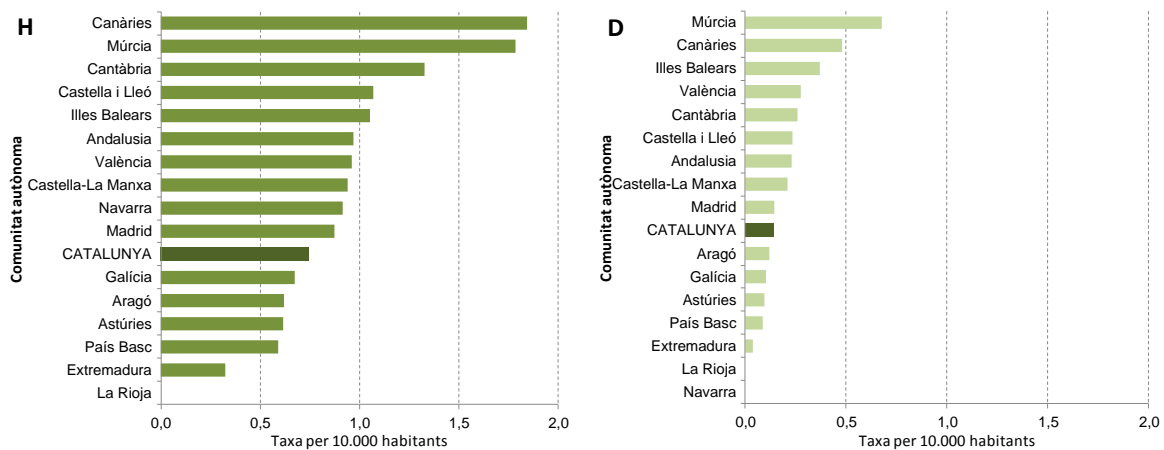
Font: CMBD-HA, 2016.

Evolució de la taxa d'amputacions per 10.000 habitants en població de 45 a 74 anys segons distalitat, per sexe. Catalunya, 2006-2016



Font: CMBD-HA, 2006-2016.

Taxa d'hospitalització per 10.000 habitants en població de 45 a 74 anys per amputació d'extremitats inferiors, per sexe. Comunitats autònomes, 2015



Font: MSSSI, 2015.

Objectiu 14. Reduir per sota del 24% la prevalença de tabaquisme

Indicador		Punt de partida ^a	Situació actual ^b	Objectiu 2020
Proporció de consum de tabac (diari i ocasional) en la població de 15 anys i més (%).	H	31,0	29,0	NP ^c
	D	20,6	20,6	NP
	T	25,7	24,7	≤ 24,0

El consum de tabac és la primera causa de pèrdua de salut i de mortalitat prematura i evitable. És un dels factors de risc més importants de les principals malalties cardiovasculars i respiratòries cròniques, així com d'un nombre important de càncers. A més, l'exposició passiva al fum ambiental del tabac incrementa el risc de càncer de pulmó en les persones no fumadores i d'altres malalties del sistema respiratori, sobretot en els infants.²⁵

Una de cada sis morts a Catalunya es relaciona amb el consum de tabac. En aquest sentit, l'any 2014, almenys 9.125 persones van morir per malalties directament atribuïbles al consum de tabac.²⁶

A Catalunya, l'any 2016, el 24,7% de la població de 15 anys i més fuma (diàriament o ocasionalment), el 29,0% dels homes i el 20,6% de les dones. El percentatge de població de 15 anys i més que fuma diàriament a Catalunya és del 22,9% (26,9% els homes i 19,0% les dones). Els homes tenen prevalences superiors a les de les dones en totes les edats, tret del grup de 45 a 54 anys. La prevalença és més elevada a la Regió Sanitària Camp de Tarragona. Des del 1990 s'ha reduït la prevalença de tabaquisme. Tot i l'evolució global favorable, en les dones s'observa un cert estancament.

En l'àmbit dels 28 estats de la Unió Europea, la prevalença de consum diari de tabac a Catalunya se situa per sobre de la mitjana (la desena posició en els homes i la vuitena posició en les dones). La prevalença en els homes se situa per sobre de la de l'Estat espanyol i per sota en les dones.

Pel que fa a l'exposició passiva al fum ambiental del tabac, el 11,1% de la població està exposada al fum del tabac dins de la llar i el 8,6% de la població que no fuma està exposada al lloc de treball. Pel que fa a l'exposició al fum de tabac en el temps de lleure, el 5,5% de la població adulta que no fuma està en llocs amb fum els dies feiners, i el 6,7% els caps de setmana.

Prevalença de consum de tabac (%) per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2016

	Homes			Dones			Total		
	Consum diari	Consum ocasional	Consum total	Consum diari	Consum ocasional	Consum total	Consum diari	Consum ocasional	Consum total
15-24	17,6	1,5	19,1	14,3	1,8	16,1	16,0	1,7	17,6
25-34	37,3	4,7	42,0	21,7	1,0	22,7	29,5	2,8	32,4
35-44	33,6	2,2	35,7	27,4	1,7	29,1	30,6	2,0	32,5
45-54	30,0	1,6	31,6	29,3	3,6	32,8	29,7	2,6	32,2
55-64	25,9	1,7	27,6	21,6	1,3	22,9	23,7	1,5	25,2
65-74	17,1	0,7	17,8	3,9	0,6	4,5	10,0	0,7	10,7
75 i +	8,4	1,4	9,8	1,5	0,0	1,5	4,2	0,6	4,8
Total	26,9	2,1	29,0	19,0	1,6	20,6	22,9	1,8	24,7

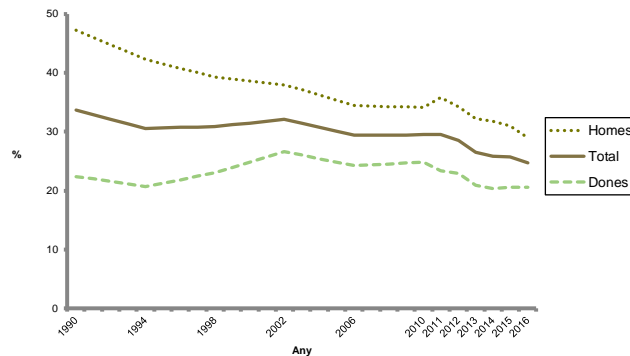
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2016.

^a Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015.

^b Font: Enquesta de salut de Catalunya 2016.

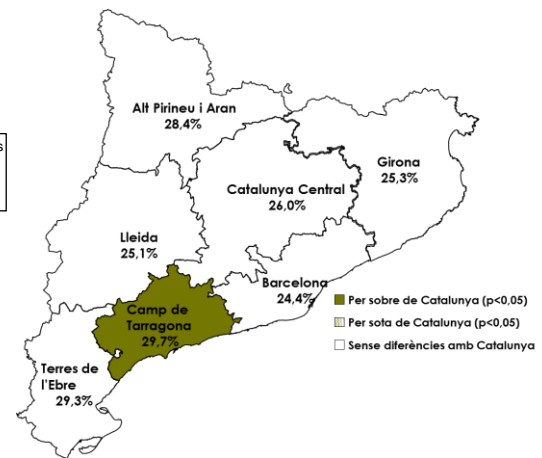
^c NP: no pertinent.

Evolució de la prevalença de la població fumadora de 15 anys i més (%), per sexe. Catalunya, 1990-2016



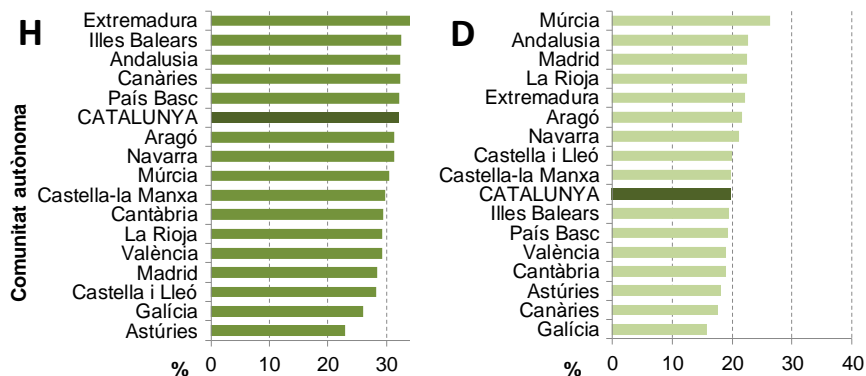
Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Programa per a la prevenció i el control del tabaquisme. *Enquesta de consum de tabac, alcohol i drogues 1990, 1998. Enquesta de salut de Catalunya 1994, 2002, 2006, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 i 2016.*

Prevalença de consum de tabac (%) per regió sanitària. Catalunya, 2015-2016



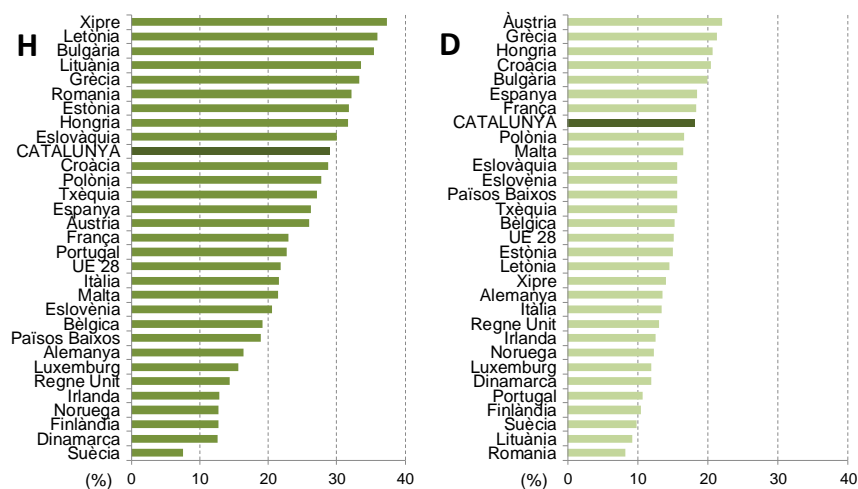
Font: *Enquesta de salut de Catalunya 2015-2016.*

Prevalença de consum de tabac (diari i ocasional) (%) per comunitat autònoma, 2014



Font: *Enquesta europea de salut a Espanya, 2014.*

Prevalença de consum diari de tabac (%) per estats de la Unió Europea i Catalunya, 2014



Font: *Eurostat, 2014. Enquesta de salut de Catalunya 2014.*

Objectiu 14.1. Monitorar la prevalença de tabaquisme des de la perspectiva de les desigualtats socials en salut

Indicador		Punt de partida ^a	Situació actual ^b	Objectiu 2020
Proporció de consum de tabac (diari i ocasional) en la població de 15 anys i més, per classe social, per nivell d'estudis i per situació laboral. Diferència absoluta entre grups.	CS ^c	5,1	5,5	5,1
	NE	2,6	1,1	2,6
	SL	6,8	5,2	6,8

La diferències en la prevalença de tabaquisme segons la classe social, el nivell d'estudis i la situació laboral mostren un patró diferent segons el sexe.

La prevalença del tabaquisme és del 26,1% en les persones de la classe social menys afavorida i del 20,6% en les persones de la classe més benestant. La diferència per classe social en la prevalença de tabaquisme és de 5,5 punts. La diferència per classe social és més gran en els homes (12,1) que en les dones (1,1).

No hi ha un gradient per classe social en el consum de tabac: en tots dos sexes, les persones de la classe II o intermèdia tenen la prevalença més elevada (31,9% els homes i 22,0% les dones). Els homes de la classe més benestant tenen la prevalença de tabaquisme més baixa, un 19,5%, i les dones de la classe menys afavorida un 20,5%.

En el període 2011-2016, la diferència per classe social en la prevalença de consum de tabac en homes ha augmentat. En les dones, la prevalença del tabaquisme per classe social mostra oscil·lacions, amb diferències més petites.

No hi ha gradient per nivell d'estudis en el consum de tabac: la prevalença de tabaquisme és més elevada en les persones amb estudis secundaris (28,8%), seguida de les persones amb estudis primaris o sense estudis (20,3%) i les persones amb estudis universitaris (19,2%). La diferència en la prevalença entre el grup amb més estudis i el que menys en té és d'un 1,1. La diferència en termes absoluts és més elevada en els homes (8,6) que en les dones (5,3). Els homes amb estudis universitaris tenen la prevalença més baixa, un 18,5%, i les dones amb estudis primaris o sense estudis un 14,4%.

En el període 2011-2016, la prevalença de tabaquisme més elevada es dona en les persones amb estudis secundaris. La prevalença més baixa és en els homes amb estudis universitaris i en les dones amb estudis primaris.

La prevalença de consum de tabac és més elevada en les persones a l'atur (36,0%) que en les persones que treballen (30,8%). Per sexe, la prevalença del tabaquisme en homes que treballen i homes que estan a l'atur és gairebé idèntica (34,5% i 34,4% respectivament), mentre que en les dones és més elevada en les que estan a l'atur (38,1%) que en les que treballen (26,7%). La diferència en la prevalença segons la situació laboral és de 5,2; 0,1 en els homes i 11,4 en les dones.

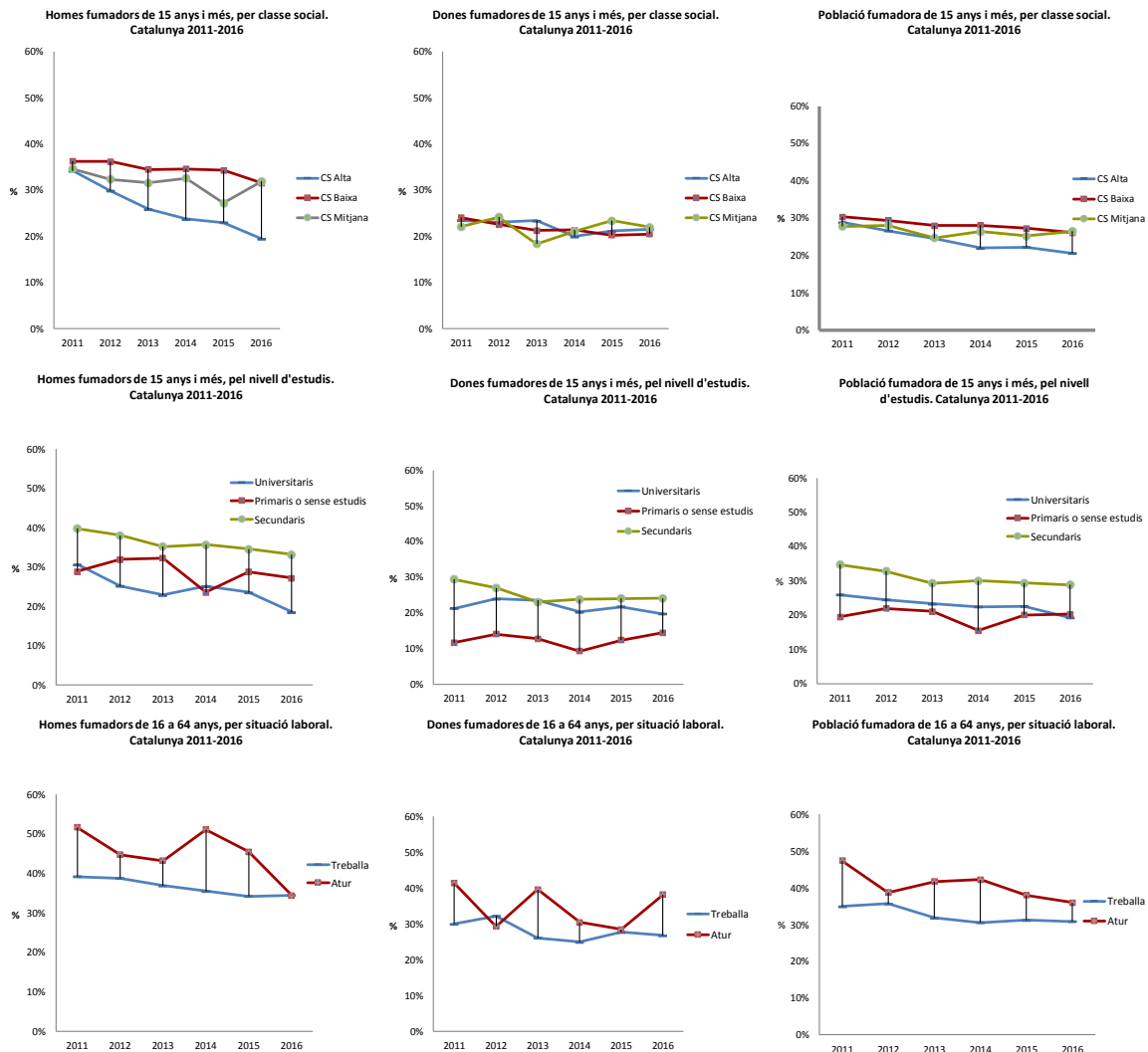
En el període 2011-2016, la prevalença de tabaquisme en persones a l'atur mostra oscil·lacions, mentre que la prevalença en persones ocupades és més estable. La diferència en els homes es redueix, mentre que en les dones no s'observa una tendència clara.

^a Enquesta de salut de Catalunya 2015.

^b Enquesta de salut de Catalunya 2016.

^c CS: classe social de la persona de referència de la llar, diferència entre classe I i classe III. NE: nivell d'estudis, diferència entre estudis universitaris i estudis primaris o sense estudis. SL: situació laboral, diferència entre ocupats i a l'atur.

Prevalença de consum de tabac (diari i ocasional) per classe social i sexe, per nivell d'estudis i sexe, i per situació laboral i sexe. Catalunya 2011-2016



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2011-2016

Objectiu 15. Incrementar per sobre dels nivells del 2016 la prevalença de l'activitat física saludable en la població de 15 a 69 anys

Indicador		Punt de partida ^a	Objectiu 2020
Proporció d'activitat física saludable (moderada i alta de l'IPAQ) en la població de 15 a 69 anys (%).	H	83,6	<83,6
	D	78,2	<78,2
	T	80,9	<80,9

Fer activitat física de forma regular enforteix els ossos i els músculs, ajuda a controlar el pes corporal i millora la salut mental i l'estat d'ànim. Nombrosos estudis han mostrat que practicar un mínim de trenta minuts d'activitat física moderada cinc cops per setmana redueix a la meitat el risc de patir malalties cardiovasculars i d'altres malalties cròniques, com ara la diabetis mellitus de tipus 2, determinats tipus de càncer, l'obesitat i la hipertensió.²⁷ El sedentarisme causa el 5,5% de la mortalitat a escala mundial.²⁸

A Catalunya, l'any 2016, el 80,9% de la població de 15 a 69 anys fa activitat física en un nivell saludable, el 83,6% dels homes i el 78,2% de les dones. La prevalença de l'activitat física saludable és més elevada en el grup d'edat de 15 a 44 anys. Els homes fan activitat física de nivell saludable en una proporció més elevada que les dones en tots els grups d'edat.

El percentatge de població de 15 a 69 anys que fa una activitat física saludable és inferior al del conjunt de Catalunya del període 2015-2016 en totes les regions sanitàries, excepte en la Regió Sanitària Barcelona, que presenta un percentatge superior.

L'evolució de la població de 15 a 69 anys que realitza una activitat física saludable (moderada i alta) mostra una lleugera tendència decreixent entre 2010 i 2014, i un augment des de l'any 2015, que situa aquest indicador per sobre dels valors del 2010.

En relació amb altres comunitats autònomes, la població de 15 a 69 anys que realitza activitat física moderada o intensa a Catalunya se situa per sota de la mitjana estatal, tant en homes com en dones.

El nivell d'activitat física moderada en població adulta del conjunt de l'Estat espanyol se situa en el segon pitjor lloc en el marc dels 24 estats de la Unió Europea amb informació disponible.²⁹

Prevalença d'activitat física saludable en població de 15 a 69 anys (%) per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2016

	Homes	Dones	Total
15-44	84,7	78,5	81,7
45-64	82,3	77,9	80,1
65-69	81,9	77,5	79,5
Total (15-69)	83,6	78,2	80,9

Font: Enquesta de salut de Catalunya 2016.

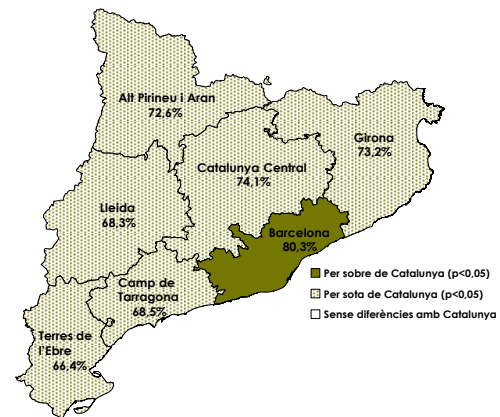
^a Font: Enquesta de salut de Catalunya 2016.

Tendència de l'activitat física saludable (% estandarditzat). Catalunya, 2010-2016*



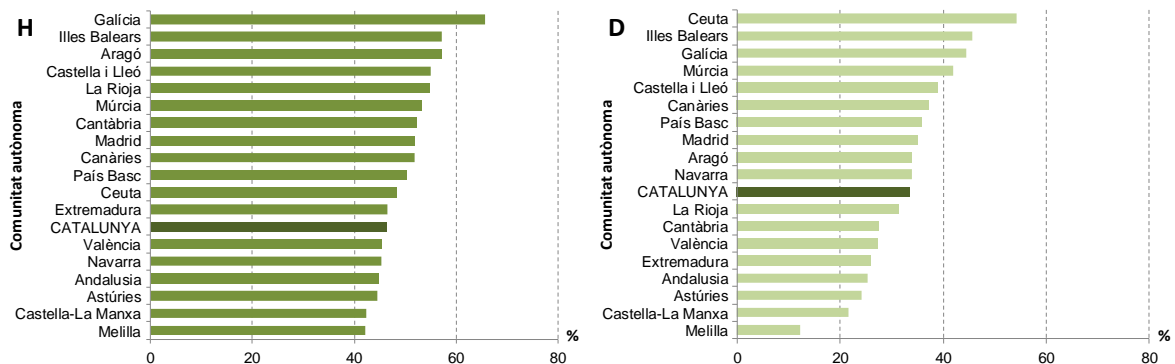
Estandardització directa. Població a gener 2015.
Font: *Enquesta de salut de Catalunya 2010-2016*.
*L'any 2016 hi ha un canvi d'instrument de mesura de l'indicador.

Prevalença d'activitat física saludable (%) per regió sanitària. Catalunya, 2015-2016



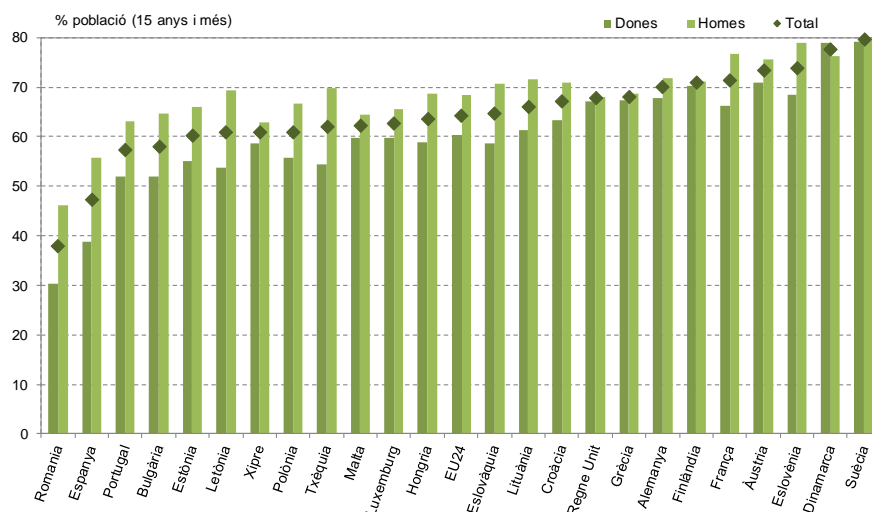
Font: *Enquesta de salut de Catalunya 2015-2016*.

Percentatge d'activitat física moderada o intensa realitzada durant la darrera setmana en població de 15 a 69 anys per sexe i comunitat autònoma, 2011



Font: MSSSI i INE, 2011.

Prevalença d'activitat física moderada en població de 15 anys i més. Països UE, 2014



Font: Eurostat. EHIS, 2014.

Objectiu 15.1. Reduir les desigualtats socials en la prevalença de l'activitat física saludable en la població de 15 a 69 anys

Indicador		Punt de partida ^a	Objectiu 2020
Proporció d'activitat física saludable (moderada i alta de l'IPAQ) en la població de 15 a 69 anys, per una selecció de variables socioeconòmiques. Diferència absoluta entre grups.	CS ^b	1,8	<1,8
	NE	0,7	<0,7
	SL	3,7	<3,7

La prevalença de l'activitat física saludable és del 80,9% en població de 15 a 69 anys, el 83,6% dels homes i el 78,2% de les dones fan activitat física en un nivell considerat saludable.

La prevalença de l'activitat física saludable és més elevada en les persones de la classe més benestant (82,2%) que en les persones de la classe menys afavorida (80,4%). La diferència en la prevalença segons la classe social és d'1,8 punts, en una escala de 0 a 100, de menys a més diferència. En els homes, la diferència és de 2,6 (86,2% en la classe més benestant i 80,6% en la menys afavorida) i d'1,3 en les dones (78,3% en la classe més benestant i 77,0% en la classe menys afavorida). En les dones, la prevalença d'activitat física més elevada es dona en la classe central (81,1%).

La prevalença de l'activitat física saludable no mostra un gradient segons el nivell d'estudis. Les persones amb estudis universitaris tenen la prevalença més elevada (83,4%), seguit de les persones amb estudis primaris o sense estudis (82,7%) i de les persones amb estudis secundaris (79,3%). La diferència en la prevalença entre les persones amb el nivell d'estudis més elevat i menys elevat és de 0,7 (1,9 en els homes i 0,3 en les dones).

La prevalença de l'activitat física saludable és més elevada en les persones a l'atur que en les persones ocupades (83,7% i 80,1% respectivament; 85,3% i 82,3% en els homes i 81,7% i 77,5% en les dones). La diferència en la prevalença entre persones ocupades i aturades és de 4,2 en les dones i de 3,0 en els homes.

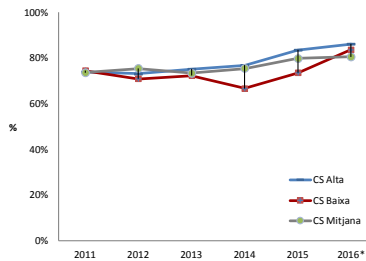
En el període 2011-2016, s'observa un augment de la prevalença de l'activitat física saludable en tots els grups i alhora una reducció de la diferència en la prevalença tant per classe social com per nivell d'estudis i per situació laboral.

^a Font: *Enquesta de salut de Catalunya 2016*.

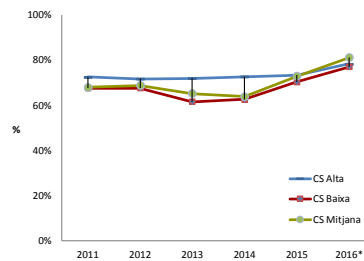
^b CS: classe social de la persona de referència de la llar, diferència entre classe I i classe III; NE: nivell d'estudis, diferència entre estudis universitaris i estudis primaris o sense estudis; SL: situació laboral, diferència entre ocupats i a l'atur.

Prevalença de l'activitat física saludable en població de 15 a 69 anys per classe social i sexe, per nivell d'estudis i sexe, i per situació laboral i sexe (%). Catalunya, 2011-2016

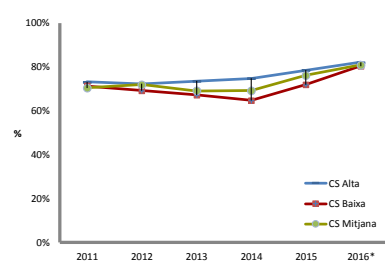
Activitat física saludable en homes de 15 a 69 anys, per classe social ocupacional. Catalunya 2011-2016



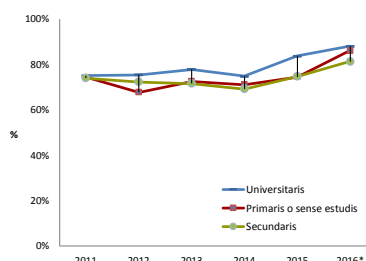
Activitat física saludable en dones de 15 a 69 anys, per classe social ocupacional. Catalunya 2011-2016



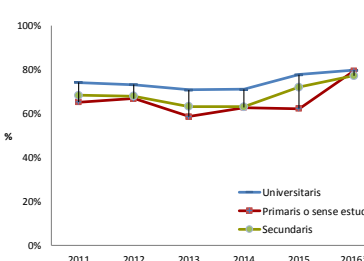
Activitat física saludable en població de 15 a 69 anys, per classe social ocupacional. Catalunya 2011-2016



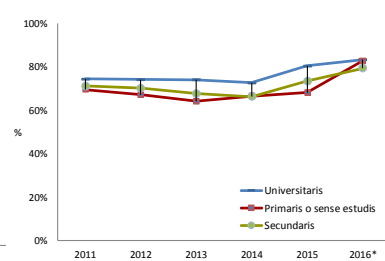
Activitat física saludable en homes de 15 a 69 anys, per nivell d'estudis. Catalunya 2011-2016



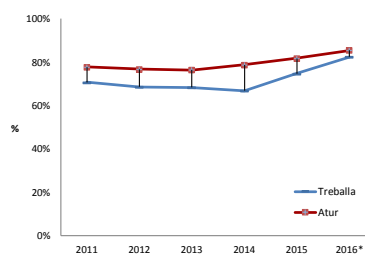
Activitat física saludable en dones de 15 a 69 anys, per nivell d'estudis. Catalunya 2011-2016



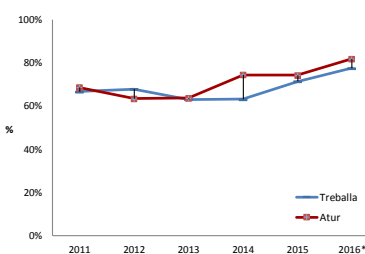
Activitat física saludable en població de 15 a 69 anys, per nivell d'estudis. Catalunya 2011-2016



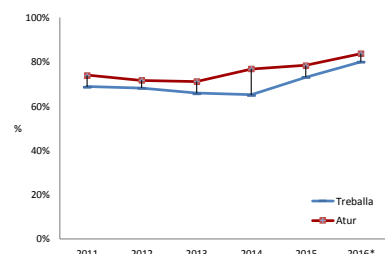
Activitat física saludable en homes de 16 a 64 anys, per situació laboral. Catalunya 2011-2016



Activitat física saludable en dones de 16 a 64 anys, per situació laboral. Catalunya 2011-2016



Activitat física saludable en població de 16 a 64 anys, per situació laboral. Catalunya 2011-2016



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2011-2016.

Objectiu 16. Reduir per sota dels nivells del 2015 la prevalença d'excés de pes en la població de 18 a 74 anys

Indicador		Punt de partida ^a	Situació actual ^b	Objectiu 2020
Proporció d'excés de pes declarat (sobrepès i obesitat) en la població de 18 a 74 anys (%).	H	55,8	58,0	<55,8
	D	43,7	41,7	<43,7
	T	49,8	49,9	<49,8

L'excés de pes és un problema de salut pública, tant per l'elevat nombre de persones que en té com perquè és factor de risc de malalties cardiovasculars, hipertensió, hipercolesterolèmia, diabetis, alguns tipus de càncer –com l'endometrial– i malalties de l'aparell locomotor.³⁰

L'excés de pes de la població es determina amb l'índex de massa corporal (IMC), estimat a partir del pes i la talla. En els adults de 18 a 74 anys, a partir de l'IMC es categoritza la població segons la relació normal entre el pes i la talla (normopès); l'excés de pes, que diferencia entre sobrepès i obesitat, i el pes baix (infrapès). Tenir uns estils de vida saludables, especialment una activitat física regular i una alimentació variada i equilibrada, té un paper rellevant a l'hora de reduir l'excés de pes i mantenir un pes normal.

L'any 2016, el 49,9% de la població de 18 a 74 anys té excés de pes (sobrepès o obesitat) a partir del pes i la talla declarats. El 35,3% té sobrepès i el 14,6% obesitat. Mentre que el sobrepès afecta més els homes que les dones (43,2% i 27,3% respectivament), la prevalença de l'obesitat és similar en els dos sexes (14,8% en els homes i 14,4% en les dones). El sobrepès augmenta a mesura que els grups són de més edat.³¹ L'evolució de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu per al 2020 en dones, i contrari a l'esperat en homes i per al total.

L'excés de pes en la població de 18 a 74 anys ha disminuït entre els anys 2006 i 2016. Mentre que el sobrepès ha disminuït, l'obesitat ha augmentat en aquest període en tots dos sexes. Respecte del 2015, l'excés de pes ha augmentat un 0,2% en el total i un 3,9% en els homes, i ha disminuït un 4,6% en les dones.

Per regions sanitàries, la prevalença de l'excés de pes i de l'obesitat a la Regió Sanitària Terres de l'Ebre se situa per sobre de la del conjunt de Catalunya durant el bienni 2015-2016.

La prevalença de l'excés de pes en població de 18 anys i més de Catalunya se situa per sota de la del conjunt de l'Estat en tots dos sexes, així com per sota de la de la Unió Europea. Respecte dels 28 estats que conformen la Unió Europea, Catalunya té la cinquena prevalença d'excés de pes més baixa en homes i la vuitena més baixa en dones.

Prevalença de l'excés de pes, el sobrepès i l'obesitat en població de 18 a 74 anys, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2016

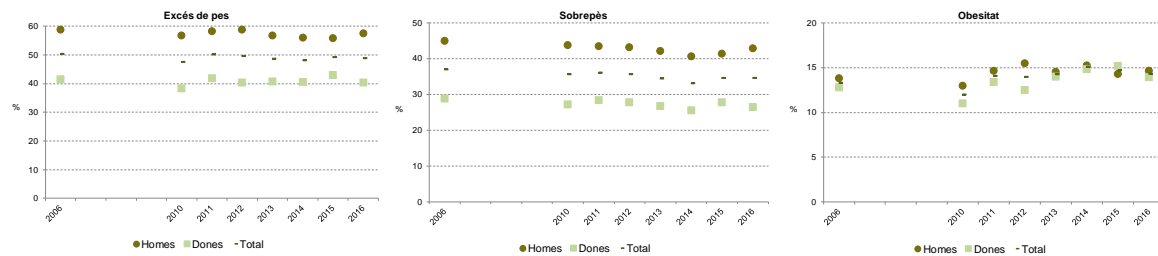
	Sobrepès			Obesitat			Excés de pes		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
18-44	35,3	20,0	27,9	10,0	10,0	10,0	45,3	30,0	37,9
45-64	50,5	30,0	40,3	20,2	18,1	19,2	70,8	48,2	59,4
65-74	55,3	45,9	50,3	19,2	20,0	19,6	74,4	65,8	69,8
Total (18-74)	43,2	27,3	35,3	14,8	14,4	14,6	58,0	41,7	49,9

Font: Enquesta de salut de Catalunya 2016.

^a Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015.

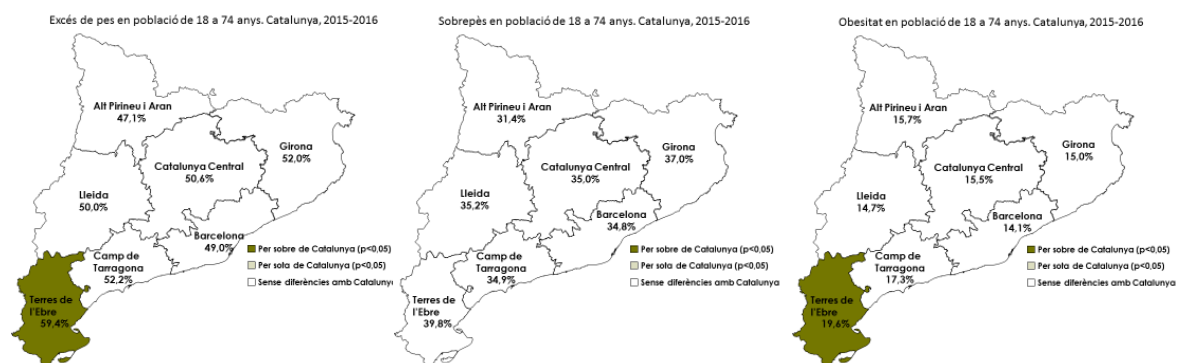
^b Font: Enquesta de salut de Catalunya 2016.

Tendència de l'excés de pes, el sobrepès i l'obesitat en població de 18 a 74 anys (% estandarditzat). Catalunya, 2006-2016



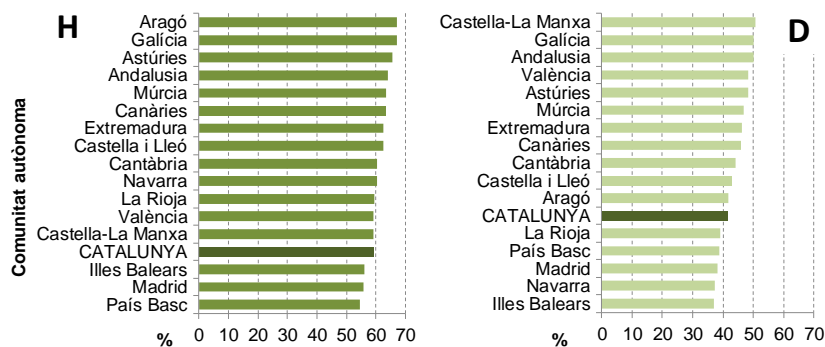
Estandarització directa. Població a gener 2015. Font: *Enquesta de salut de Catalunya 2006, 2010-2016*.

Prevalença de l'excés de pes, el sobrepès i l'obesitat en població de 18 a 74 anys, per regió sanitària. Catalunya, 2015-2016



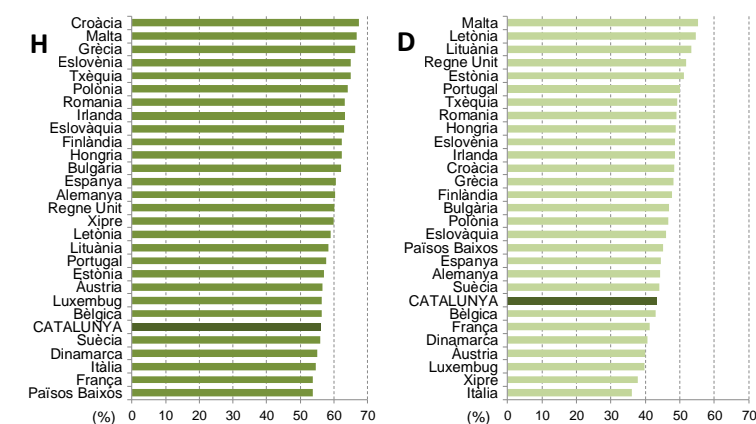
Font: *Enquesta de salut de Catalunya 2015-2016*.

Prevalença de l'excés de pes (sobrepès i obesitat) en població de 18 anys i més, per sexe. Comunitats autònomes, 2014



Font: *Enquesta europea de salut a Espanya 2014*.

Prevalença de l'excés de pes (sobrepès i obesitat) en població de 18 anys i més, per sexe. Països de la Unió Europea i Catalunya, 2014



Font: Eurostat. EHIS 2014. ESCA 2014.

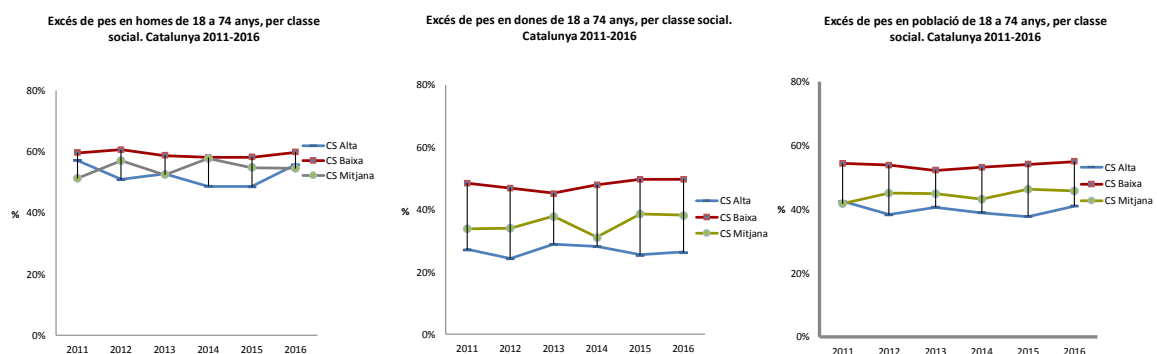
Objectiu 16.1. Monitorar la prevalença d'excés de pes en la població de 18 a 74 anys des de la perspectiva de les desigualtats socials en salut

Indicador		Punt de partida ^a	Situació actual ^b	Objectiu 2020
Proporció d'excés de pes declarat (sobrepès i obesitat) en la població de 18 a 74 anys, per classe social i per nivell d'estudis (%). Diferència absoluta entre grups.	CS ^c	16,8	14,0	16,8
	NE	27,3	22,2	27,3

La prevalença de l'excés de pes en població de 18 a 74 anys mostra un gradient per classe social: la prevalença més elevada es dona en la classe social més desfavorida (55,0%) i la més baixa, en la classe social més benestant (41,0%). La diferència segons classe social és de 14,0 punts. La diferència és més gran en les dones (23,5 punts, amb una prevalença de 49,8% en les dones de la classe més desfavorida i de 26,4% en la classe més benestant) que en els homes (4,0 punts de diferència en la prevalença de les dues classes socials dels extrems). En els homes, la prevalença més baixa de l'excés de pes (54,5%) es dona en la classe social central.

Respecte del 2011, la diferència en la prevalença de l'excés de pes segons classe social és més gran en les dones i en el total, i en els homes és més petit.

Prevalença de l'excés de pes (sobrepès i obesitat) en població de 18 a 74 anys, per classe social i sexe. Catalunya 2011-2016



Font: *Enquesta de salut de Catalunya 2011-2016*

Segons el nivell d'estudis, també s'observa gradient: la prevalença d'excés de pes declarat de les persones amb estudis universitaris (40,8%) és més baixa que en les persones amb estudis secundaris (49,1%) i que les persones amb estudis primaris o sense estudis (63,0%). L'escletxa en la prevalença d'excés de pes és de 22,2 punts entre universitaris i persones amb estudis primaris o sense estudis, més elevada en dones (33,1) que en homes (8,1).

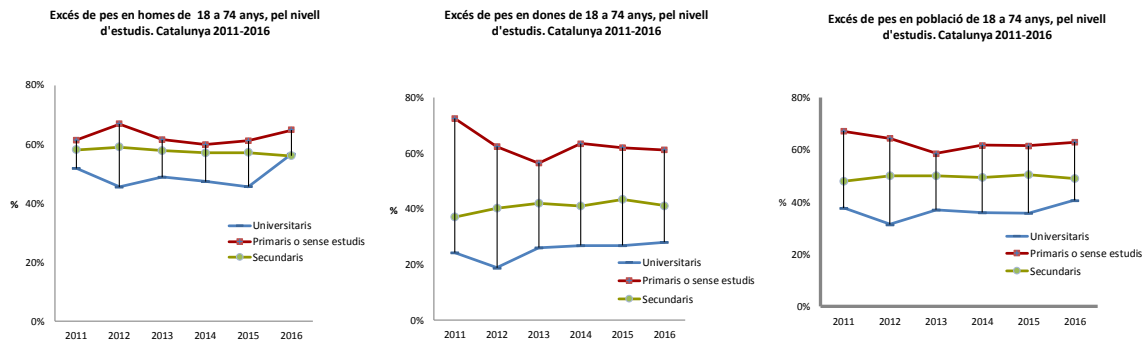
En el període 2011-2016, l'escletxa en la prevalença de l'excés de pes segons el nivell d'estudis ha disminuït per al total i per als dos sexes. Ha passat de 29,4 a 22,2 punts entre 2011 i 2016 per al conjunt dels dos sexes, de 48,2 a 33,1 en dones i de 9,5 a 8,1 en homes.

^a Font: *Enquesta de salut de Catalunya 2015*.

^b Font: *Enquesta de salut de Catalunya 2016*.

^c CS: classe social de la persona de referència de la llar, diferència en la prevalença de la classe I i la classe III; NE: nivell d'estudis, diferència entre estudis universitaris i estudis primaris o sense estudis.

Prevalença de l'excés de pes (sobrepès i obesitat) en població de 18 a 74 anys, per nivell d'estudis i sexe. Catalunya 2011-2016



Font: *Enquesta de salut de Catalunya 2011-2016*

L'evolució de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu previst per al 2020, tant per classe social com per nivell d'estudis.

Objectiu 17. Reduir en un 5% la prevalença d'excés de pes en la població de 6 a 12 anys

Indicador		Punt de partida ^a	Situació actual ^b	Objectiu 2020
Proporció d'excés de pes declarat (sobrepès i obesitat) en població de 6 a 12 anys (%).	Nens	36,6	37,9	34,8
	Nenes	28,7	30,2	27,3
	Total	32,8	34,2	31,2

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), l'excés de pes en la població infantil és un dels reptes més seriosos de la salut pública del segle XXI, amb una prevalença creixent a escala global. L'excés de pes té conseqüències greus en la morbiditat, que causen l'escurçament i la pèrdua de qualitat de vida. Els infants amb sobrepès i obesitat tenen més probabilitat de tenir obesitat en l'etapa adulta i de desenvolupar diabetis, malalties cardiovasculars i osteoarticulars, així com alguns tipus de càncer.³² Els problemes de baixa autoestima i el risc de patir depressió són més elevats en menors amb excés de pes.³³

L'augment del sobrepès i l'obesitat infantil s'explica, d'una banda, per l'adopció d'un patró de dieta molt rica en hidrats de carboni i greixos, i, de l'altra, per un estil de vida sedentari dels infants, en un context cultural que l'afavoreix.³⁴

L'excés de pes de la població de 0 a 19 anys es determina amb l'índex de massa corporal (IMC), estimat a partir del pes, la talla i l'edat. En infants, es categoritza aquesta relació com a infrapès, normopès, sobrepès i obesitat. Es considera excés de pes la suma del sobrepès i l'obesitat.

A Catalunya, a partir del pes i la talla declarats, el 34,2% de la població entre 6 i 12 anys té excés de pes (el 37,9% dels nens i el 30,2% de les nenes). La prevalença de l'obesitat és de l'12,1%, més alta en els nens (15,4%) que en les nenes (8,5%). La prevalença del sobrepès (22,2%) és similar en nens i en nenes (22,5% i 21,8% respectivament).

La proporció de població de 6 a 12 anys amb excés de pes ha augmentat un 4,3% respecte de l'any anterior (3,6% els homes i 5,2% les dones), en el sentit contrari al previst per l'objectiu. Els darrers anys, la prevalença de sobrepès mostra una tendència creixent en ambdós sexes mentre que la prevalença d'obesitat es manté estable i es redueix entre les nenes.

Les prevalences de l'excés de pes, del sobrepès i de l'obesitat en població de menys de 20 anys no mostren diferències per regió sanitària respecte de les del conjunt de Catalunya.

Respecte de les altres comunitats autònomes, l'any 2012 la prevalença a Catalunya de l'excés de pes en població infantil i juvenil en nens se situa en la banda baixa, mentre que en nenes se situa en una posició intermèdia, per sota de la del conjunt. En el context europeu, la prevalença de l'excés de pes en estudiants de 15 anys a l'Estat és la cinquena més elevada d'una selecció de 21 països.

Prevalença de l'excés de pes, el sobrepès i l'obesitat en població de 6 a 12 anys, per sexe (%). Catalunya 2015-2016

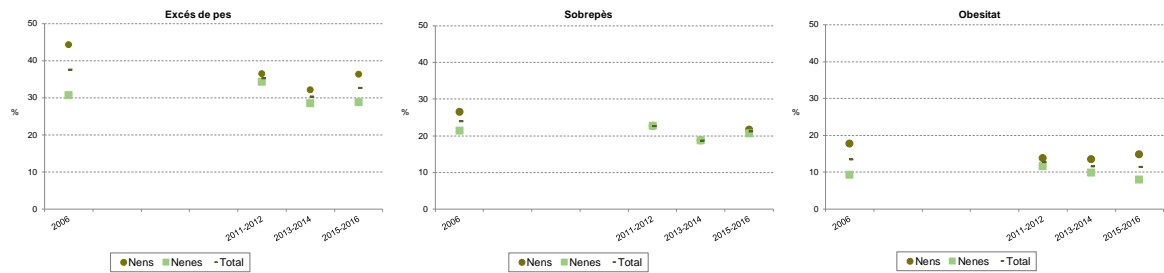
	Sobrepès			Obesitat			Excés de pes		
	Nens	Nenes	Total	Nens	Nenes	Total	Nens	Nenes	Total
6-12 anys	22,5	21,8	22,2	15,4	8,5	12,1	37,9	30,2	34,2

Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015-2016.

^a Font: Enquesta de salut de Catalunya 2014-2015.

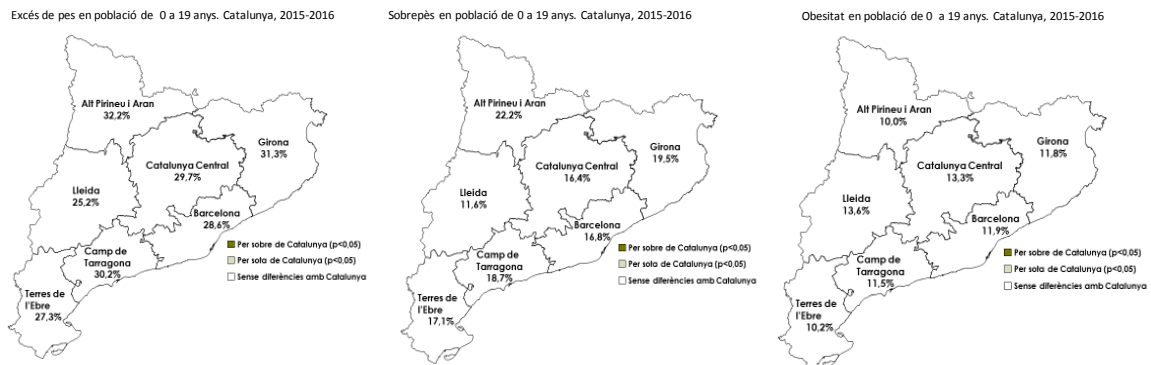
^b Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015-2016.

Tendència de l'excés de pes, el sobrepès i l'obesitat en població de 6 a 12 anys (% estandarditzat). Catalunya, 2006-2016



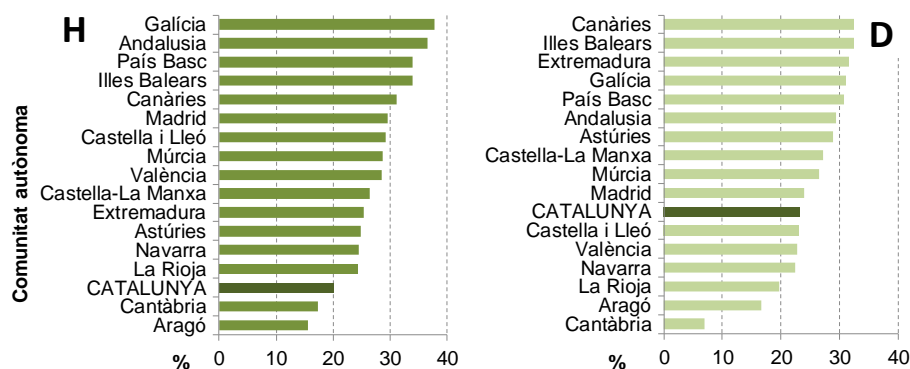
Estandardització directa. Població a gener 2015. Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006, 2010-2016.

Prevalença de l'excés de pes, el sobrepès i l'obesitat en població de menys de 19 anys, per regió sanitària. Catalunya, 2015-2016



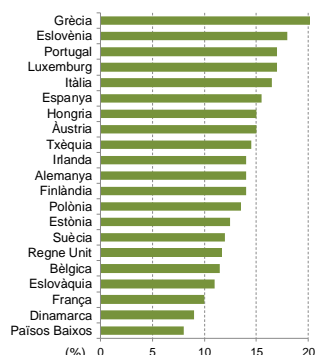
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015-2016.

Prevalença de l'excés de pes (sobrepès i obesitat) en població de 2 a 17 anys, per sexe. Comunitats autònomes, 2012



Font: INE, 2012.

Prevalença de l'excés de pes (sobrepès i obesitat) en estudiants de 15 anys. Països de la Unió Europea, 2009-2010



Font: ODCE 2015.

Objectiu 17.1. Reduir les desigualtats socials en la prevalença d'excés de pes en la població de 6 a 12 anys

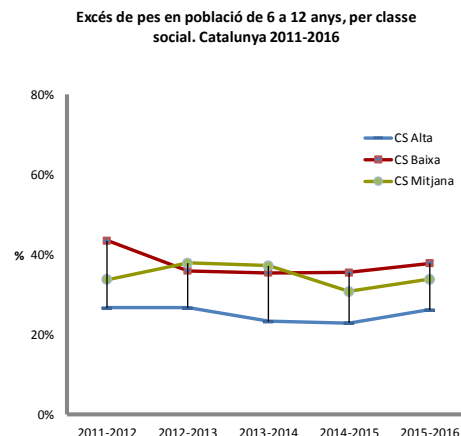
Indicador		Punt de partida ^a	Situació actual ^b	Objectiu 2020
Proporció d'excés de pes declarat (sobrepès i obesitat) en població de 6 a 12 anys, per una selecció de variables socioeconòmiques (%). Diferència absoluta entre grups.	CS ^c	13,8	11,6	<13,8
	NE (m)	17,6	8,6	<17,6
	NE (p)	21,0	12,9	<21,0

S'observa un gradient social en la prevalença de l'excés de pes segons la classe social coincident amb els resultats de diversos estudis sobre les desigualtats socials en l'excés de pes i l'obesitat.^{35,36}

La proporció de població de 6 a 12 anys amb excés de pes és més baixa entre els menors de la classe més benestant (26,2%) que entre els menors de la classe menys afavorida (37,8%). L'escletxa per classe social en la prevalença de l'excés de pes és d'11,6 punts.

En el període 2011-2016, els menors de la classe benestant tenen la prevalença més baixa, i la classe mitjana i la classe més desfavorida s'alternen amb la prevalença més alta.

Prevalença de l'excés de pes en població de 6 a 12 anys, per classe social. Catalunya 2011-2016



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2011-2016

Atenent al nivell d'estudis de la mare, la prevalença més elevada de l'excés de pes en menors es dona en fills de mares amb estudis secundaris (38,3%), seguit dels fills de mares amb estudis primaris (34,5%) i dels fills de mares amb estudis universitaris (26,0%). L'escletxa entre els més formats i els menys és de 8,5 punts.

^a Font: Enquesta de salut de Catalunya 2014-2015.

^b Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015-2016.

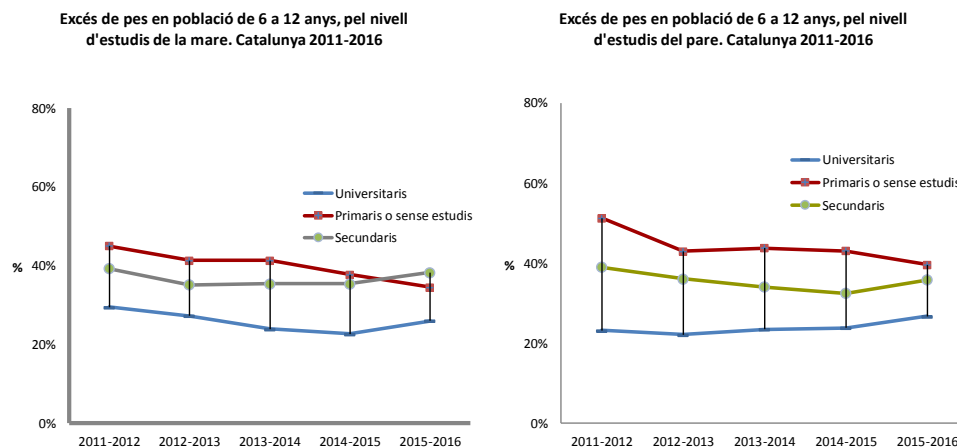
^c CS: classe social de la persona de referència de la llar, diferència entre la prevalença de la classe I i de la classe III; NE (m): nivell d'estudis del primer progenitor, en parelles heterosexuales la mare, diferència entre estudis universitaris i estudis primaris o sense estudis; NE (p): nivell d'estudis de l'altre progenitor, en parelles heterosexuales el pare, diferència entre estudis universitaris i estudis primaris o sense estudis.

En el període 2011-2016, la prevalença de l'excés de pes ha romàs estable en fills de mares amb estudis secundaris i s'ha reduït la diferència entre els fills de les dones més i menys formades.

Segons el nivell d'estudis del pare s'observa un gradient, de menys prevalença de l'excés de pes a més nivell formatiu. L'escletxa en la prevalença de l'excés de pes dels fills dels pares més formats i dels menys formats és de 12,9 (26,7% d'excés de pes en els menors amb pares universitaris i 39,6% en els menors amb pares que tenen estudis primaris o bé no els han acabat).

En el període 2011-2016, l'escletxa en la prevalença de l'excés de pes segons el nivell formatiu dels pares s'ha reduït.

Prevalença de l'excés de pes en població de 6 a 12 anys, per nivell d'estudis dels progenitors. Catalunya 2011-2016



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2011-2016

L'escletxa per classe social i per nivell d'estudis dels progenitors és menor respecte del punt de partida de l'objectiu.

Objectiu 18. Incrementar en un 5% la prevalença de persones adultes que segueixen les recomanacions d'alimentació mediterrània

Indicador		Punt de partida ^a	Situació actual ^b	Objectiu 2020
Proporció de persones de 15 anys i més que segueixen les recomanacions d'alimentació mediterrània (%)	H	67,2	68,2	70,6
	D	74,3	76,4	78,0
	T	70,8	72,4	74,3

Diversos estudis posen de manifest el paper de la dieta mediterrània en la prevenció de malalties com els trastorns cardiovasculars, la diabetis o els diferents tipus de càncer, entre d'altres. Per exemple, el patró de dieta mediterrània mostra una associació inversa amb l'obesitat en població adulta amb risc cardiovascular alt.³⁷

Les recomanacions d'alimentació segons un patró mediterrani de dieta es mesuren amb un qüestionari de compliment que recull, entre d'altres, l'ús de l'oli d'oliva, tant per cuinar com per amanir, el consum freqüent de fruita, verdures i hortalisses, de fruita seca i llegums, el consum de peix i el consum preferencial de carns blanques enfront de les vermelles.³⁸

A Catalunya, el 72,4% de la població de 15 anys i més fa un seguiment adequat de les recomanacions d'alimentació segons una dieta mediterrània, més les dones (76,4%) que els homes (68,2%). El seguiment de la dieta mediterrània augmenta amb l'edat fins als 74 anys, en què el percentatge disminueix tant en homes com en dones. Respecte de l'any anterior, el seguiment de la dieta mediterrània és un 2,3% més elevat, 1,5% en els homes i 2,8% en les dones.

La proporció de població de la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran que fa un seguiment adequat del patró de dieta mediterrània es troba per sobre de la del conjunt de Catalunya.

No es disposa de dades de seguiment de la dieta mediterrània en els àmbits estatal i europeu, però sí sobre un dels components, el consum de fruita i de verdura.

El 90,1% de la població de 15 anys i més consumeix de forma freqüent verdures, amanides i hortalisses a Catalunya, el 87,3% en homes i el 92,8% en dones, per sobre del conjunt de l'Estat. En el cas de la fruita, el 87,8% en consumeix tres o més cops a la setmana (85,4% dels homes i 90,1% de les dones), mentre que per al conjunt de l'Estat és del 85,2% (83,1% dels homes i 87,2% de les dones).

Pel que fa al consum diari de cinc racions de fruita i verdura en població adulta, Catalunya se situa per sota del conjunt de països de la Unió Europea en tots dos sexes (9,5% en homes i 13,6% en dones, per un 11,1% i 17,4% respectivament a escala europea).

Prevalença de seguiment adequat de la dieta mediterrània en població de 15 anys i més (%). Catalunya, 2016

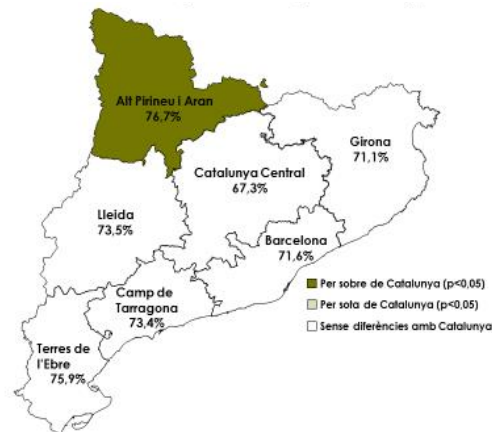
	De 15 a 44 anys	De 45 a 64 anys	De 65 a 74 anys	75 anys i més	Total
Homes	60,9	70,7	83,9	83,6	68,2
Dones	69,2	79,5	87,5	85,9	76,4
Total	64,9	75,1	85,8	85,0	72,4

Font: Enquesta de salut de Catalunya 2016.

^a Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015.

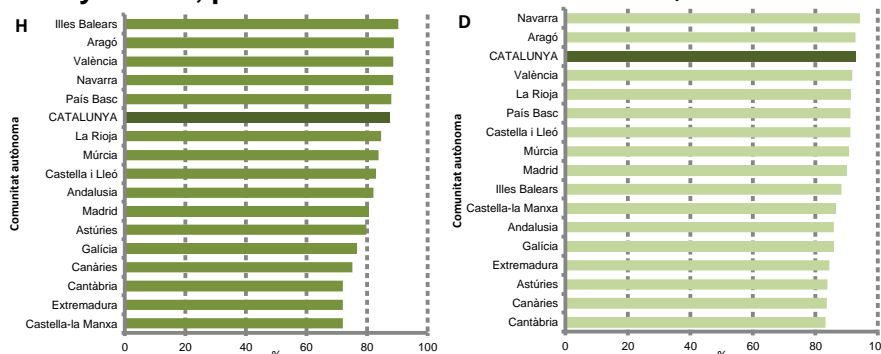
^b Font: Enquesta de salut de Catalunya 2016.

Prevalença de seguiment adequat de la dieta mediterrània en població de 15 anys i més, per regió sanitària. Catalunya, 2015-2016



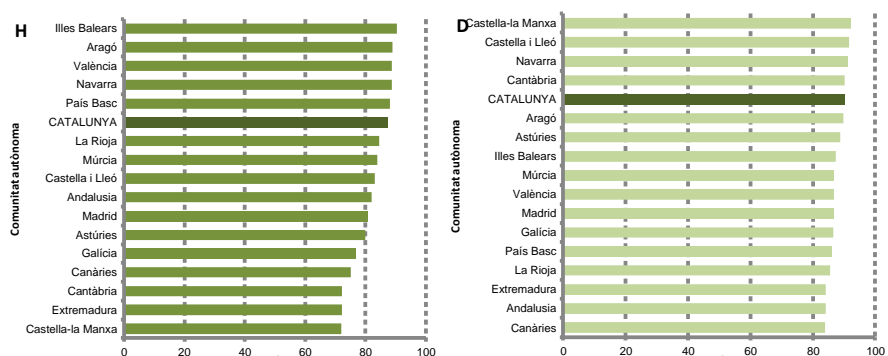
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015-2016.

Prevalença de consum freqüent de verdures, amanides i hortalisses en població de 15 anys i més, per sexe. Comunitats autònomes, 2014



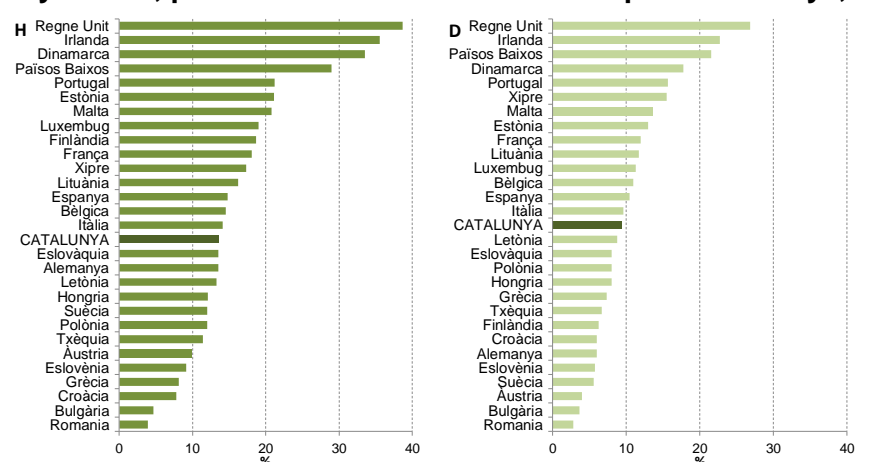
Font: INE, 2014.

Prevalença de consum freqüent de fruita (exclosos sucres) en població de 15 anys i més, per sexe. Comunitats autònomes, 2014



Font: INE, 2014.

Prevalença del consum diari de cinc racions de fruita i verdura en població de 18 anys i més, per sexe. Països de la Unió Europea i Catalunya, 2014



Font: Eurostat, 2014 i ESCA 2014.

Objectiu 18.1. Monitorar la prevalença de persones adultes que segueixen les recomanacions d'alimentació mediterrània des de la perspectiva de les desigualtats socials en salut

Indicador		Punt de partida ^a	Situació actual ^b	Objectiu 2020
Proporció de persones de 15 anys i més que segueixen les recomanacions d'alimentació mediterrània (%), per classe social i per nivell d'estudis. Diferència absoluta entre grups.	CS ^c	4,3	9,7	4,3
	NE	2,5	6,9	2,5

La proporció de població que fa un seguiment adequat de la dieta mediterrània és més elevat entre les persones de la classe més benestant (79,6%) i més baix en la classe social mitjana (70,5%) i en la classe més desfavorida (69,9%). La diferència per classe social en la prevalença de seguiment de la dieta mediterrània és de 9,7 punts, més en les dones (11,0) que en els homes (8,2).

En tots dos sexes, la prevalença més elevada es dona en la classe més benestant (74,9% els homes i 84,2% les dones). En els homes la prevalença més baixa es dona en la classe mitjana (65,3%) i en les dones en la classe més desfavorida (73,2%).

Respecte del 2015, l'escletxa de la prevalença de dieta mediterrània entre la classe més benestant i la més desfavorida s'ha eixamplat.

Atenent al nivell d'estudis, la prevalença de seguiment de la dieta mediterrània no té un gradient social: les persones amb estudis universitaris tenen la prevalença més elevada (79,4%) i les persones amb estudis secundaris, la prevalença més baixa (69,5%). La diferència en la prevalença entre el grup amb més i amb menys nivell d'estudis és de 6,9 punts. L'escletxa és més gran en les dones (8,6) que en els homes (4,7).

En tots dos sexes les persones amb estudis universitaris tenen la prevalença més alta (74,1% els homes i 83,7% les dones) i les persones amb estudis secundaris, la més baixa (65,7% els homes i 73,6% les dones).

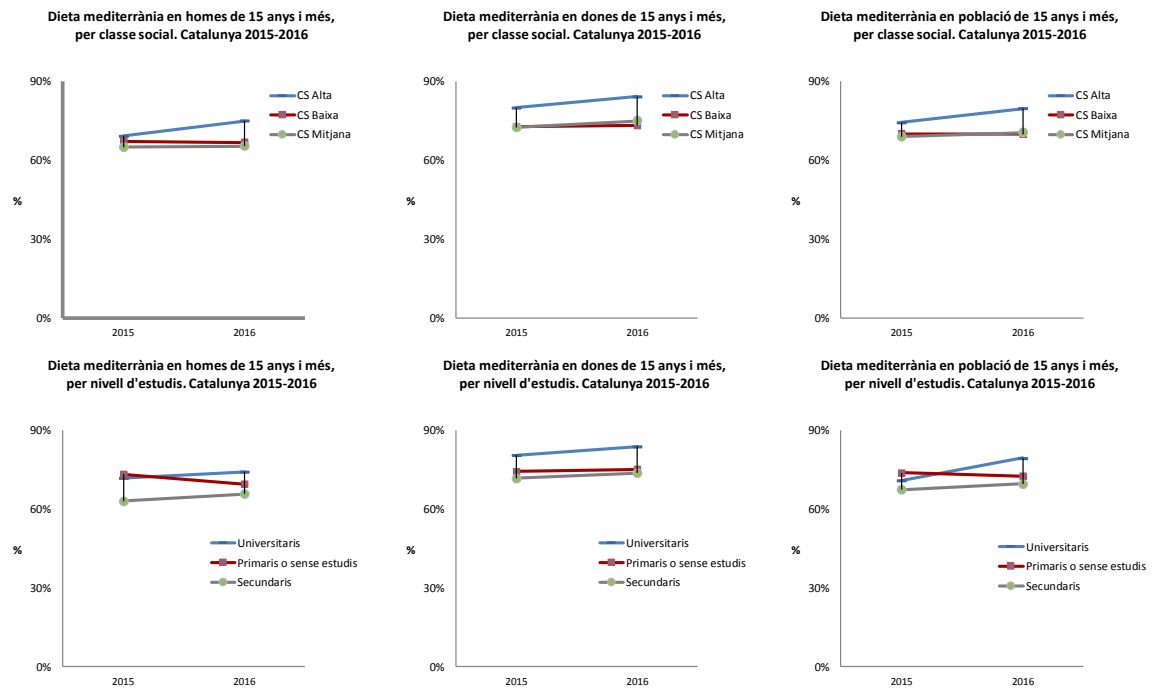
Respecte del 2015, l'escletxa de la prevalença de dieta mediterrània segons el nivell d'estudis s'ha eixamplat. En els homes i per al total, el grup amb la prevalença més elevada ha passat de les persones amb estudis primaris o menys a les persones amb estudis universitaris.

^a Font: *Enquesta de salut de Catalunya 2015*.

^b Font: *Enquesta de salut de Catalunya 2016*.

^c CS: diferència per classe social, entre la prevalença en la classe I i en la classe III; NE: diferència segons el nivell d'estudis, entre població amb estudis universitaris i població amb estudis primaris o sense estudis.

Prevalença de seguiment adequat de la dieta mediterrània en població de 15 anys i més, per classe social i sexe, i per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2015-2016



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015-2016.

Objectiu 18.2. Reduir les desigualtats socials en la prevalença del consum freqüent de productes hipercalòrics en població de 3 a 14 anys

Indicador		Punt de partida ^a	Situació actual ^b	Objectiu 2020
Proporció de consum freqüent de productes hipercalòrics en la població de 3 a 14 anys (%), per una selecció de variables socioeconòmiques. Diferència absoluta entre grups.	CS ^c	11,2	10,2	< 11,2
	NE (m)	21,3	21,4	< 21,3
	NE (p)	19,0	14,9	< 19,0

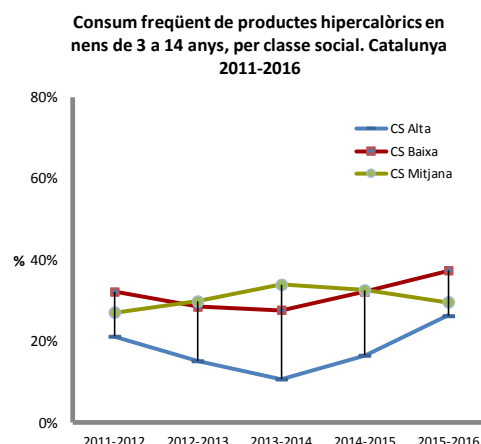
L'entorn familiar és la font més important de transmissió d'hàbits i conductes alimentàries, tot i que els infants i els joves tenen moltes ocasions de menjar fora d'aquest àmbit. Per tal de promoure un estil saludable d'alimentació, és recomanable que allò que els joves mengin fora de casa sigui preparat a casa.³⁹

Un de cada tres infants i joves amb edats compreses entre els 3 i els 14 anys consumeix de forma freqüent productes amb un alt contingut calòric, com són les begudes ensucrades, la brioixeria industrial, les lllaminadures, el menjar ràpid i els productes salats (patates fregides i galetes). La prevalença del consum freqüent de productes hipercalòrics és similar en nens i en nenes (33,1% i 32,9% respectivament). Els tipus d'aliments hipercalòrics consumits amb més freqüència són la brioixeria industrial i les lllaminadures (el 20,0%), les begudes ensucrades o refrescos (el 16,0%) i els productes salats (el 7,6%).

La prevalença de consum freqüent de productes hipercalòrics mostra un gradient social; és més elevada en la classe social més desfavorida (36,6%) que en la classe mitjana (30,2%) i que en la classe més benestant (26,4%). La diferència en la prevalença de consum freqüent de productes hipercalòrics entre els menors de la classe més i menys benestant és de 10,2 punts (11,0 en els nens i 9,3 en les nenes).

Entre el 2011 i el 2016, la prevalença del consum freqüent de productes hipercalòrics mostra una tendència creixent i l'escletxa per classe social en la prevalença es manté estable.

Prevalença de consum freqüent de productes hipercalòrics en població de 3 a 14 anys, per classe social. Catalunya, 2011-2016



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2011-2016.

^a Font: Enquesta de salut de Catalunya 2014-2015.

^b Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015-2016.

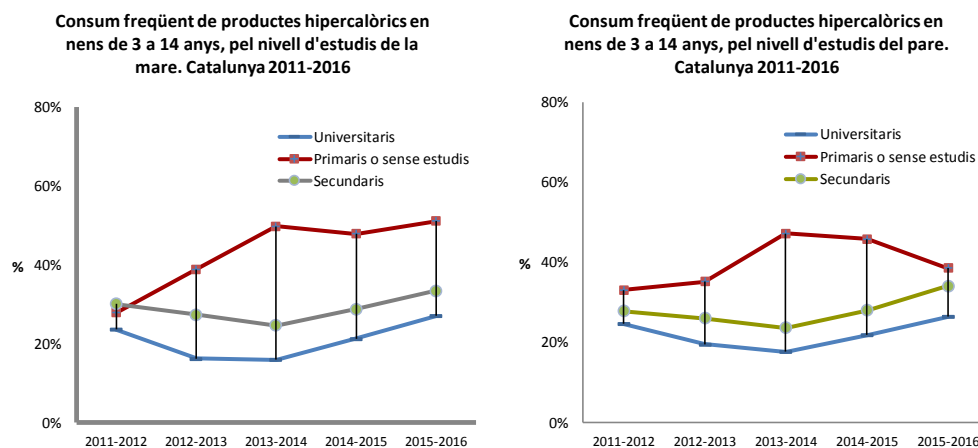
^c CS: classe social de la persona de referència de la llar, diferència entre la prevalença de la classe I i de la classe III; NE (m): nivell d'estudis del primer progenitor, en parelles heterosexuales la mare, diferència entre estudis universitaris i estudis primaris o sense estudis; NE (p): nivell d'estudis de l'altre progenitor, en parelles heterosexuales el pare, diferència entre estudis universitaris i estudis primaris o sense estudis.

La proporció de població de 3 a 14 anys que fa un consum freqüent de productes hipercalòrics és més baixa com més estudis tenen els progenitors. El 47,1% dels menors amb mares amb estudis primaris o sense estudis consumeixen de forma freqüent productes hipercalòrics; el 34,3% de menors amb mares amb estudis secundaris, i el 25,7% dels menors amb mares amb estudis universitaris. L'escletxa en la prevalença és de 21,4 punts segons el nivell d'estudis de la mare.

La diferència absoluta en la prevalença de consum freqüent de productes hipercalòrics és de 14,9 punts segons el nivell de formació del pare. La prevalença és del 41,4% en menors en pares amb estudis primaris o sense estudis i del 26,5% en menors amb pares amb estudis universitaris.

Entre el 2011 i el 2016, els menors amb progenitors amb estudis universitaris tenen la prevalença més baixa de consum freqüent de productes hipercalòrics. L'escletxa segons el nivell formatiu s'amplia en el cas de la mare, i és similar a la del 2011 en el pare.

Prevalença de consum freqüent de productes hipercalòrics en població de 3 a 14 anys, per nivell d'estudis dels progenitors. Catalunya, 2011-2016



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2011-2016.

Objectiu 19. Reduir per sota del nivell del 2013 la taxa d'embarassos en dones de 15 a 19 anys

Indicador		Punt de partida ^a	Situació actual ^b	Objectiu 2020
Taxa d'embarassos per 1.000 dones de 15 a 19 anys	D	22,8	17,1	< 22,8

Els embarassos en adolescents tenen repercussions sobre la salut tant dels nounats, que tenen més probabilitat de pes baix, com en les adolescents, amb un risc més elevat de partir anèmia, hipertensió, eclàmpsia i depressió.⁴⁰ D'altra banda, la prevenció d'embarassos no desitjats permet a les adolescents finalitzar la formació acadèmica i adquirir els coneixements fonamentals per al desenvolupament personal. Les adolescents de classes socials desfavorides són les que més freqüentment tenen un embaràs no desitjat i no planificat i les que tenen una taxa més alta d'avortaments.⁴¹

A Catalunya l'any 2015 es van produir 2.885 embarassos en dones de 15 a 19 anys, dels quals el 62,2% corresponen a interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE), el 37,6% a parts amb nadons nascuts vius i el 0,2% a parts amb nadons nascuts morts. No s'inclouen en el còmput els embarassos amb avortament espontani, que no estan registrats.

Els embarassos en dones de 15 a 19 anys són el 3,3% dels embarassos totals. La proporció d'avortaments que corresponen a dones de 15 a 19 anys és del 9,7%, i la proporció de parts en adolescents és de l'1,6%.

La taxa d'embarassos adolescents és de 17,1 per cada 1.000 dones de 15 a 19 anys i la taxa d'embarassos global de 47,7 per cada 1.000 dones de 15 a 49 anys. La taxa de fecunditat adolescent és de 6,4 per 1.000, i la taxa de fecunditat global de 38,2 per 1.000. La taxa d'IVE en adolescents és de 10,9 per 1.000 i la taxa global en dones de 15 a 44, de 12,9 per 1.000.

La taxa d'embarassos adolescents en el període 2001-2008 va seguir una tendència creixent, d'aleshores ençà la tendència és decreixent. Respecte del 2013, la taxa d'embarassos en dones de 15 a 19 anys ha disminuït un 25,2%, la taxa de fecunditat de 15 a 19 anys ha disminuït un 14,3% i la taxa d'IVE en dones de 15 a 19 anys ha disminuït un 30,8%.

En el conjunt de comunitats autònomes, Catalunya té la quarta taxa de fecunditat global més alta i la segona taxa d'IVE en dones de 15 a 44 més alta.

En el context dels països de la Unió Europea, la taxa de fecunditat adolescent de Catalunya és relativament baixa, inferior a la del conjunt de l'Estat. D'una selecció de tretze països europeus, Catalunya ocupa la sisena posició en la taxa d'avortaments en adolescents, per sobre del conjunt de l'Estat.

Taxa d'embarassos, taxa de fecunditat i taxa d'IVE (per 1.000 dones), per grup d'edat. Catalunya, 2015

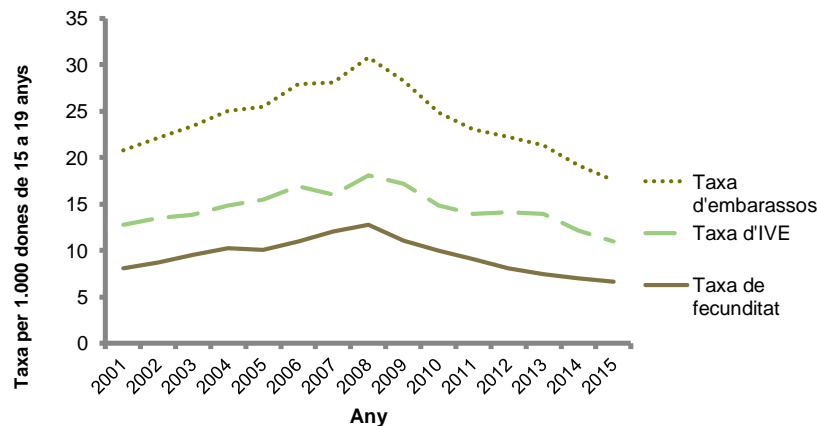
	Taxa d'embarassos	Taxa de fecunditat	Taxa d'IVE
Adolescents (de 15 a 19 anys)	17,1	6,6	10,9
Total (de 15 a 49 anys)	47,7	38,4	12,9 ^c

^a Idescat, moviment natural de la població i estimacions de població; Registre d'Interrupció voluntària de l'embaràs, 2013; registre de mortalitat de Catalunya 2013.

^b Idescat, moviment natural de la població i estimacions de població; Registre d'Interrupció voluntària de l'embaràs, 2015; Registre de mortalitat de Catalunya 2015.

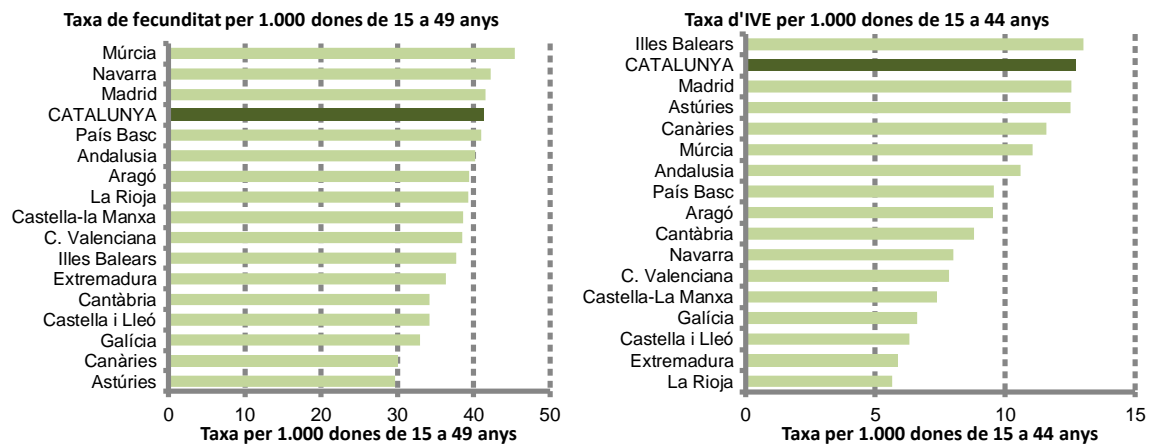
^c Taxa per 1.000 dones de 15 a 44 anys.

Taxa d'embarassos, de fecunditat i d'interrupcions voluntàries de l'embaràs en adolescents (taxes per 1.000 dones de 15 a 19 anys). Catalunya, 2001-2015



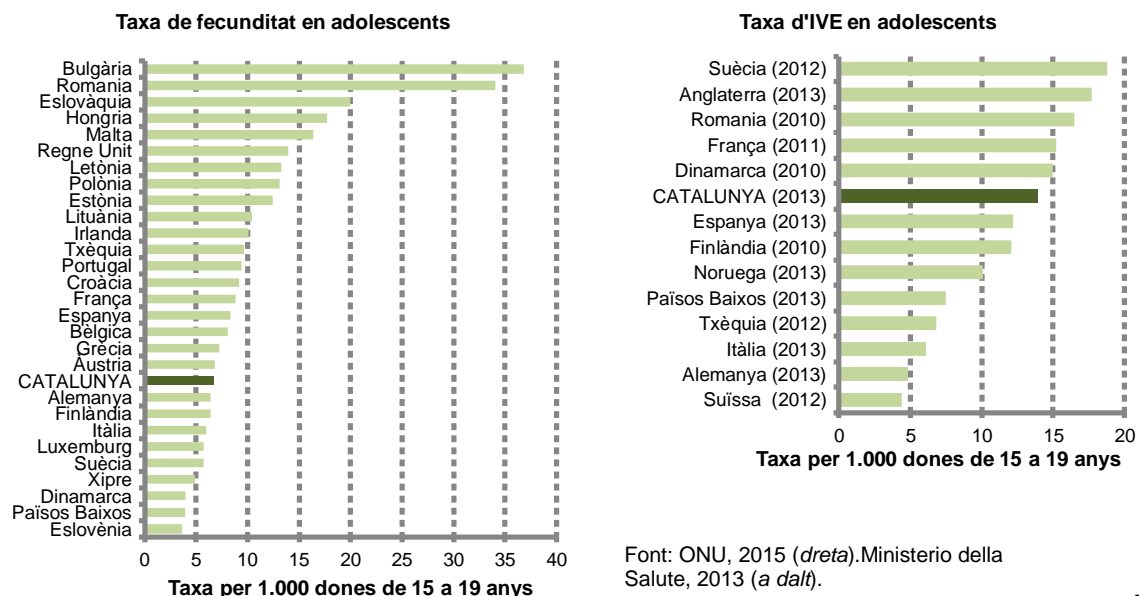
Font: Idescat, 2001-2015; Registre d'IVE, 2001-2015; RMC, 2001-2015

Taxa global de fecunditat per 1.000 dones de 15 a 49 anys i taxa d'IVE per 1.000 dones de 15 a 44 anys. Comunitats autònomes, 2015



Font: INE, 2015 i MSSSI, 2015.

Taxa de fecunditat per 1.000 dones de 15 a 19 anys. Països de la Unió Europea, 2015 Taxa d'IVE per 1.000 dones de menys de 15 a 19 anys. Països europeus, 2013 o més proper



Font: ONU, 2015 (dreta).Ministerio della Salute, 2013 (a dalt).

Objectiu 20. Mantenir per sobre del 90% la proporció d'infants de 5 anys que estan correctament vacunats

Indicador		Punt de partida ^a	Situació actual ^b	Objectiu 2020
Proporció d'infants de 5 anys correctament vacunats segons el calendari (%)	H	ND ^c	ND	ND
	D	ND	ND	ND
	T	89,8	90,1	> 90,0

La vacunació aporta un benefici individual, ja que protegeix contra la malaltia, i també moltes vegades un benefici addicional per a la població, perquè s'interromp la transmissió entre persones. La vacunació és la via més eficaç i econòmica per prevenir les malalties infeccioses.

El Departament de Salut estableix el calendari vacunal que ha de rebre la població i que es va modificant sobre la base de l'evidència científica. El darrer canvi es va produir al juliol del 2016. El nou calendari ajusta les edats d'administració d'algunes dosis de vacunes i incorpora dues vacunes a la primera infància: contra el pneumococ i contra la varicel·la.⁴²

El seguiment de la proporció d'infants de 5 anys que estan vacunats correctament es fa a partir dels sistemes d'informació de l'atenció primària de salut, que abasta la xarxa pública, i amb relació a la vacuna triple vírica (xarampió, rubèola, parotiditis), que es va introduir l'any 1980 en el calendari de vacunes sistemàtiques⁴³. L'objectiu de l'OMS per a Europa és eliminar el xarampió i la rubèola.⁴⁴

A gener del 2017, el 90,1% dels infants de 5 anys estan vacunats correctament amb la vacuna triple vírica. La proporció més elevada d'infants vacunats correctament és a la Regió Sanitària Catalunya Central, i la més baixa, a la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran.

A Catalunya s'observa una davallada important de les taxes d'incidència del xarampió des de l'any 1983 amb l'excepció de pics els anys 2007, 2011, 2013 i 2014 degut a brots comunitaris d'origen importat. L'any 2016, la incidència del xarampió és d'1,1 casos per milió d'habitants i no es va notificar cap cas de rubèola postnatal ni de rubèola congènita. Dels vuit casos confirmats de xarampió a Catalunya l'any 2016, tots adults joves, sis no estaven vacunats i dos casos estaven vacunats només amb una dosi. L'any 2016 no es va confirmar cap cas de rubèola postnatal ni congènita a Catalunya. La incidència del xarampió i la rubèola es troba a nivells d'eliminació i tots els casos que es confirmen són importats o derivats de casos importats, fet que indica que a Catalunya no hi ha transmissió endèmica d'aquests virus.⁴⁵

La taxa d'incidència de la parotiditis l'any 2015 és de 5,7 per 100.000 habitants. Els grups d'edat amb més percentatge de casos van ser el de 5 a 9 anys i de 20 a 29 anys (23,4% i 22,7% respectivament).⁴⁶

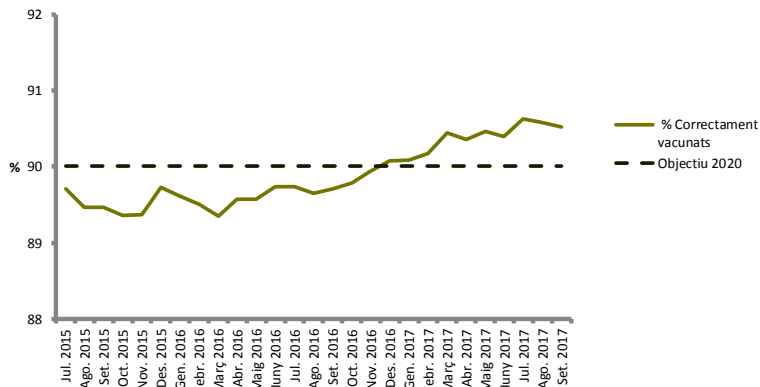
En el context europeu, la incidència anual de casos de xarampió i rubèola a l'Estat se situa en un nivell baix, i en un nivell elevat en parotiditis.

^a Sistema d'informació dels serveis d'atenció primària, gener del 2015.

^b Sistema d'informació dels serveis d'atenció primària, gener del 2017.

^c ND: no disponible.

Evolució mensual del percentatge d'infants de 5 anys correctament vacunats. Catalunya, juliol del 2015- setembre del 2017



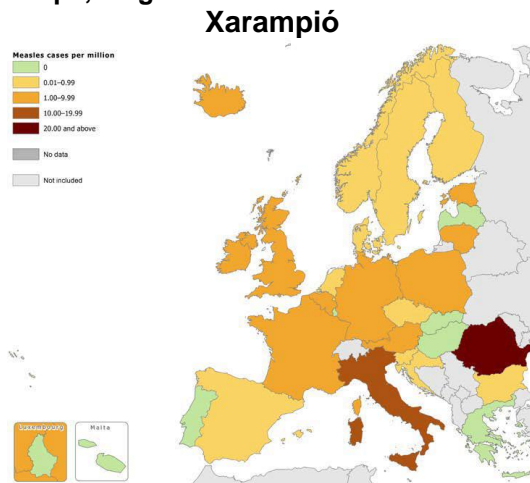
Font: SISAP 2015-2017.

Percentatge d'infants de 5 anys correctament vacunats, per àmbit territorial i titularitat. Catalunya, 2015-2017

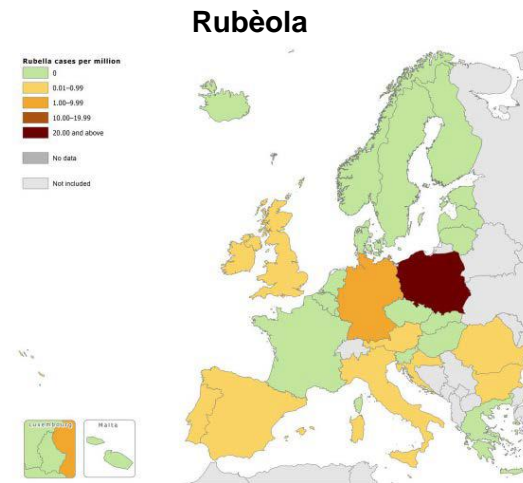
	Gener 2015 (%)	Gener 2016 (%)	Gener 2017 (%)
Lleida	89,7	90,2	90,6
Tarragona	89,5	90,1	90,1
Barcelona Ciutat	89,7	89,6	90,9
Girona	88,4	88,3	88,9
Àrea Metropolitana Sud	89,2	88,9	89,5
Àrea Metropolitana Nord	90,3	90,2	90,1
Catalunya Central	92,2	90,6	91,3
Alt Pirineu	86,7	88,2	87,3
Terres de l'Ebre	90,3	90,5	90,1

Font: SISAP 2015-2017.

Taxes d'incidència anual de casos de xarampió i de rubèola notificats per milió d'habitants. Europa, de gener a desembre del 2016

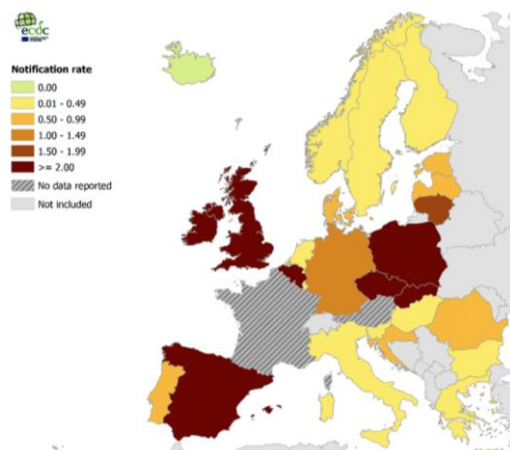


Font: ECDC, 2017.



Taxa d'incidència anual de casos de parotiditis per 100.000 habitants. Europa, 2015

Font: ECDC, 2016.



Objectiu 21. Reduir en un 20% la incidència de la tuberculosi

Indicador		Punt de partida ^a	Situació actual ^b	Objectiu 2020
Taxa d'incidència de la tuberculosi per 100.000 habitants.	H	17,9	17,4	NP ^c
	D	12,4	11,4	NP
	T	15,1	14,4	12,1

La tuberculosi (TBC) és un problema de salut pública global que afecta milions de persones al món, principalment en països d'ingressos baixos o mitjans. Molts casos són evitables i, quan es presenta la malaltia, la majoria de les persones es poden curar.

A Catalunya, l'any 2015 es van declarar 1.078 casos de TBC,⁴⁷ que representen una taxa de 14,4 casos per 100.000 habitants. El 68% dels casos es concentren a la Regió Sanitària Barcelona, i la taxa d'incidència oscil·la entre els 7,9 i els 22,6 casos per 100.000 habitants a les regions sanitàries de Terres de l'Ebre i Lleida, respectivament.

El 59,5% dels casos són homes amb una taxa 17,4 per 100.000 habitants, mentre que en les dones la taxa és de 11,4 casos per 100.000 habitants. La meitat dels casos (49,4%) s'inclouen en el grup de 15 a 44 anys i els casos pediàtrics representen el 8% del total (7,3 casos per 100.000 habitants). El 46% dels casos són persones nascudes fora de l'Estat espanyol, en els quals la taxa de TBC és 4 vegades superior a la de les persones autòctones (38,8 i 9,3 casos per 100.000 habitants, respectivament). La TBC afecta desproporcionadament persones nascudes en països amb una alta incidència de la malaltia, i col·lectius socialment desfavorits (persones sense sostre, en situació de pobresa o que consumeixen drogues).

Els factors de risc més freqüents de patir la malaltia tuberculosa continuen sent el tabaquisme (27,5%), la precarietat social (16,5%) i l'alcoholisme (9,6%). La prevalença de malalts tuberculosos co-infectats pel VIH és del 5%.

L'any 2015 es van produir 41 defuncions per TBC (12 en dones i 29 en homes).

Entre el 2000 i el 2004 s'observa un descens regular de la taxa d'incidència de la TBC, amb oscil·lacions entre el 2005 i el 2008, quan s'estableix de nou una tendència descendent, amb una mitjana anual del 5,8%. El descens és més gran en els homes (8,2%) que entre les dones (4,9%), i també entre les persones nascudes fora (6,8%) que entre les persones nascudes a l'Estat (5,9%). La incidència de la tuberculosi ha disminuït un 4,6% respecte del l'any anterior.

Tot i els avenços en la prevenció i el control de la malaltia, la incidència de la TBC a Catalunya encara és moderadament alta comparada amb la dels països europeus del seu entorn i se situa per sobre de la mitjana de la Unió Europea (11,8 l'any 2015)⁴⁸. La taxa d'incidència de Catalunya l'any 2015 se situa per sobre de la de l'Estat (11,2)⁴⁹.

Per aconseguir més reducció de la TBC a Catalunya durant els propers anys, cal mantenir en el territori accions conjuntes dels professionals dels serveis assistencials i els serveis de salut pública. Així mateix, als esforços per controlar la TBC cal sumar-hi els esforços per eliminar-la, a través de la identificació i el tractament dels casos d'infecció tuberculosa latent per disminuir el reservori de l'agent causal d'aquesta malaltia.

^a Registre central de casos de tuberculosi a Catalunya (RCTBC) 2014.

^b Registre central de casos de tuberculosi a Catalunya (RCTBC) 2015.

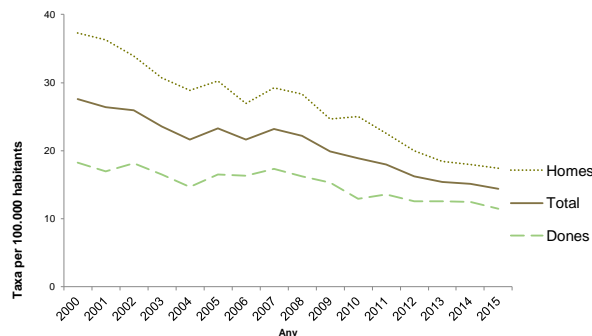
^c NP: no pertinent.

Taxa d'incidència de la tuberculosi per 100.000 habitants, per sexe i grup d'edat i per país de naixement i grup d'edat. Catalunya, 2015

Edat	Homes	Dones	Nascuts a Espanya	Nascuts fora d'Espanya	Total
0-4*	9,6	10,8	10,2	9,7	10,2
5-14	6,1	5,7	4,5	18,7	5,9
15-24	16	14	5,8	44,5	15
25-34	20,9	18,8	7,2	46,3	19,9
35-44	22,1	13,3	10,9	37,2	17,9
45-54	18,6	10,4	10,3	32,7	14,5
55-64	16,9	8,3	8,1	48,1	12,4
≥ 65	19,6	9,7	13,2	29,1	14
Total	17,4	11,4	9,3	38,8	14,4

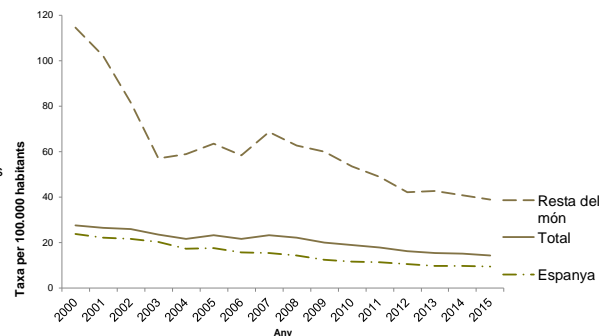
Font: RCTBC 2015.

Evolució de la incidència de la tuberculosi per 100.000 h., per sexe. Catalunya, 2000-2015

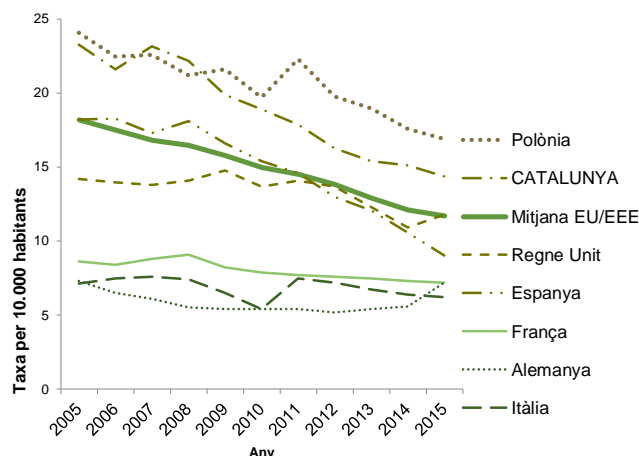


Font: RCTBC 2000-2015.

Evolució de la incidència de la tuberculosi per 100.000 h., per país de naixement. Catalunya, 2000-2015

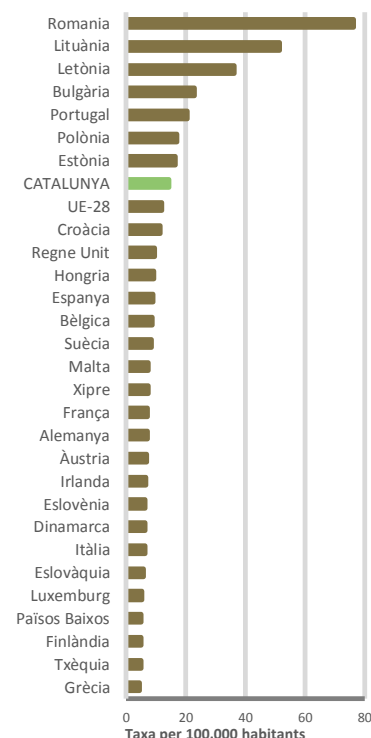


Evolució de la incidència de la tuberculosi per 100.000 habitants en una selecció de països europeus, 2005-2015



Font: ECDC 2005-2015 i RCTBC 2015.

Taxa d'incidència de la tuberculosi per 100.000 habitants a la UE i a Catalunya, 2015



Objectiu 22. Reduir en un 5% la incidència del VIH

Indicador		Punt de partida ^a	Objectiu 2020
Taxa d'incidència del VIH per 100.000 habitants	H	16,8	NP ^b
	D	2,0	NP
	T	12,0	11,4

Des de la introducció ara fa vint anys del tractament antiretroviral de manera gratuïta a Catalunya, la infecció pel virus de la immunodeficiència humana (VIH) ha deixat de ser una malaltia mortal i ha passat a ser una infecció crònica. A més, s'han demostrat els avantatges del tractament antiretroviral més enllà del benefici individual, ja que l'efectivitat del tractament per mantenir la càrrega viral "indetectable" evita la transmissió del virus.⁵⁰

Tot i que la prova i els tractaments per al VIH estan disponibles gratuïtament per a tothom, s'estima que uns 5.000 portadors del VIH no han estat diagnosticats. La proporció de diagnòstic tardà encara és elevada (46% l'any 2015).

Durant el 2015, el nombre de nous diagnòstics del VIH a Catalunya ha estat de 630. Després de corregir el retard de notificació, s'estima que el nombre de nous diagnòstics del VIH va ser de 865, cosa que representa una taxa anual de 12,0 casos per 100.000 habitants. El 89% dels casos van ser homes (taxa de 16,8 per 100.000 habitants) i l'11% dones (taxa de 2,0 per 100.000 habitants). El 78% de casos es dona entre 25 i 49 anys. La incidència de diagnòstics nous va ser més elevada a la Regió Sanitària Barcelona.

Pel que fa a les vies de transmissió l'any 2015, la més freqüent és la sexual: el 67% dels diagnòstics de VIH s'ha donat en homes que tenen sexe amb homes, el 15% en homes heterosexuals i el 8% en dones heterosexuals. Els usuaris de drogues per via parenteral són el 2% dels diagnòstics nous.

Entre 2001 i 2013 la taxa de nous diagnòstics del VIH es manté estable. L'any 2014 s'observa una disminució del 18% respecte de l'anterior, si bé cal interpretar aquestes dades amb precaució degut al retard de notificació, que pot afectar les dades dels propers anys.

La taxa de nous diagnòstics del VIH a Catalunya l'any 2015 se situa per sobre de la mitjana dels estats de la Unió Europea i dels de l'Espai Econòmic Europeu (EEE) i hi ocupa la quarta posició.⁵¹

^a Registre de VIH i de sida del sistema de malalties de declaració obligatòria (SMDO), 2015.

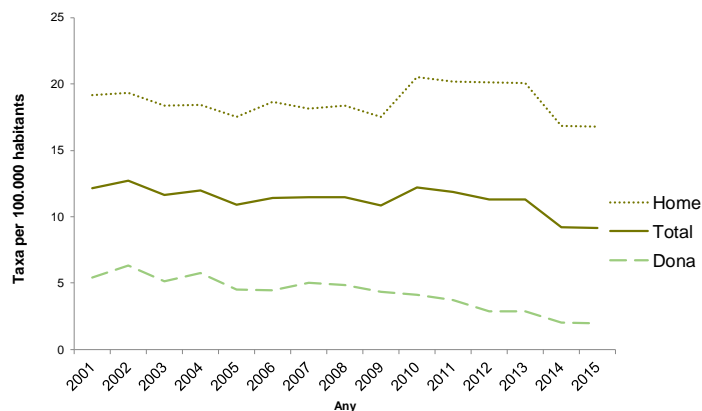
^b NP: no pertinent.

Nous diagnòstics del VIH per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2015

	Home		Dona		Total	
	N	%	N	%	N	%
< 15	0	0%	0	0%	0	0%
15-19	15	3%	2	3%	17	3%
20-24	53	9%	3	4%	56	9%
25-29	110	19%	13	19%	123	19%
30-39	214	37%	27	38%	241	37%
40-49	134	23%	17	21%	151	23%
≥50	57	10%	12	15%	69	11%
Total	583	80%	74	20%	657	100%

Font: Registre del VIH i sida de l'SMDO, 2015.

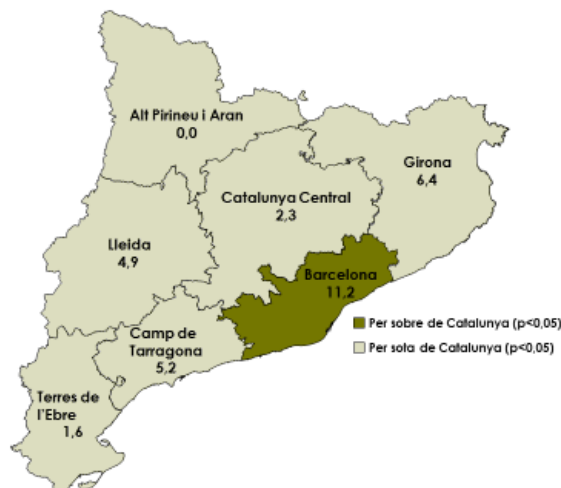
Evolució de la taxa de nous diagnòstics del VIH per 100.000 habitants* per sexe. Catalunya, 2001-2015



Font: Registre del VIH i sida de l'SMDO, 2001-2015.

* 2014 i 2015, taxes no corregides pel retard de notificació.

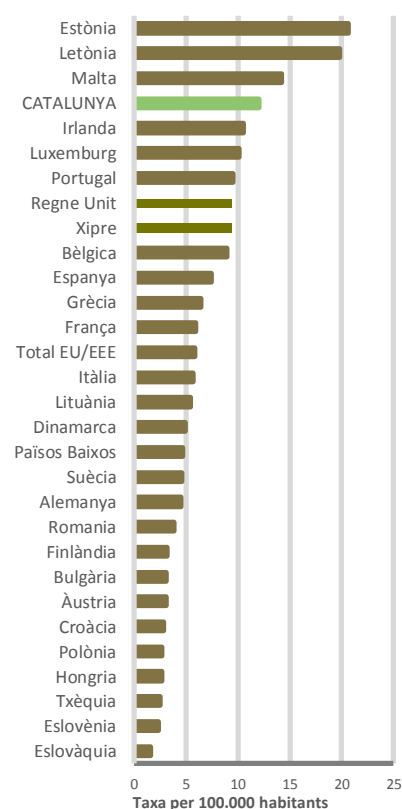
Taxa d'incidència del VIH per 100.000 habitants per regió sanitària. Catalunya, 2015



Font (a dalt): Registre del VIH i sida de l'SMDO, 2015.

Font (esquerra): ECDC, 2015.

Taxa d'incidència del VIH per 100.000 habitants a la UE/EEE i a Catalunya, 2015



Objectiu 23. Reduir en un 10% la incidència de la gonocòccia

Indicador		Punt de partida ^a	Objectiu 2020
Taxa d'incidència de gonocòccia per 100.000 habitants	H	43,3	39,0
	D	7,2	6,5
	T	25,0	22,5

La gonocòccia és una infecció de transmissió sexual (ITS) causada pel bacteri *Neisseria gonorrhoeae*. A Catalunya, és la segona ITS bacteriana notificada amb més freqüència. La gonocòccia es transmet a través de les relacions sexuals vaginals, anals o orals desprotegides amb una persona infectada. La persona infectada pot no tenir cap símptoma i transmetre la infecció. Tot i que és una infecció fàcilment tractable amb antibiòtics, l'emergència de resistències i sensibilitat reduïda als antibiòtics fa que la vigilància i control d'aquesta infecció sigui clau a Catalunya, així com en l'àmbit mundial.

A Catalunya, l'any 2015, el total de casos de gonococ notificats va ser de 1.833, cosa que representa una taxa global de 25,0 casos per 100.000 habitants. El 85% van ser homes i el 15% dones (taxes del 43,3 i el 7,2 per 100.000 habitants, respectivament). El 25% eren persones de menys de 25 anys. La incidència més elevada va ser a la Regió Sanitària Barcelona.

Des del 2007 i fins al 2015, la taxa de gonocòccia ha anat augmentat i l'any 2015 es dona el màxim del període. Aquest augment s'explica en part per la millora dels sistemes de vigilància i per la millora en el diagnòstic, però no es pot descartar un increment real en la incidència d'aquesta infecció.

Del total de casos de què es disposa d'aquesta informació (913), l'orientació sexual més freqüent ha estat la d'homes que tenen sexe amb homes (46%), seguit dels homes heterossexuals (22%) i de les dones heterossexuals (17%).

En l'àmbit europeu, la taxa de gonocòccia a Catalunya del 2014 és la tercera més elevada dels estats de la Unió Europea i de l'Espai Econòmic Europeu (EEE), i se situa per sobre de la del conjunt.⁵²

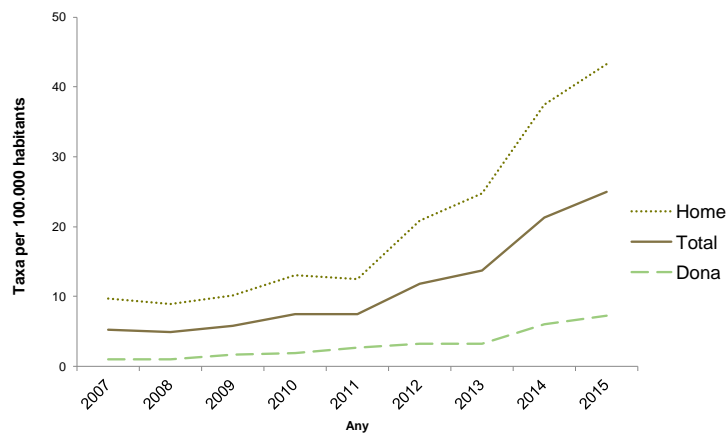
Nous diagnòstics de gonocòccia, distribució per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2015

	Home		Dona		Total	
	N	%	N	%	N	%
< 15	0	0%	3	1%	3	0%
15-19	86	5%	56	21%	142	8%
20-24	250	16%	61	23%	311	17%
25-29	335	21%	42	16%	377	21%
30-39	564	36%	61	23%	625	34%
40-49	223	14%	30	11%	253	14%
≥ 50	107	7%	15	6%	122	7%
Total	1.565	100%	268	100%	1.833	100%

Font: Registre d'ITS, 2015.

^a Registre d'ITS del sistema de malalties de declaració obligatòria i sistema de notificació microbiològica, 2015.

Evolució de la taxa de nous diagnòstics de gonocòccia per 100.000 habitants per sexe. Catalunya, 2007-2015



Font: Registre d'ITS 2007-2015.

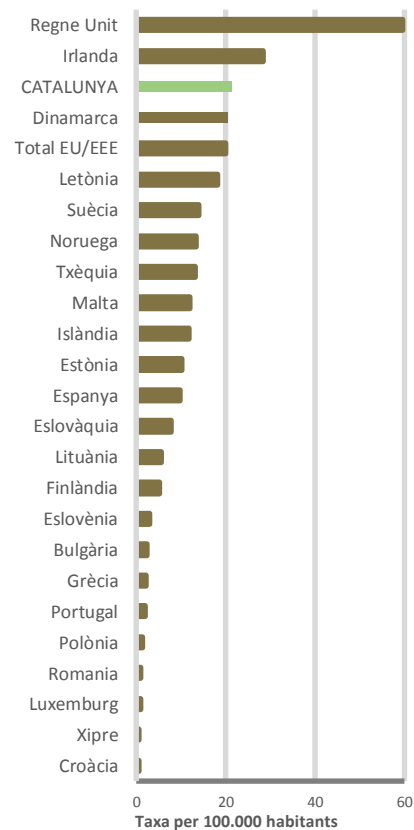
Taxa d'incidència de la gonocòccia per 100.000 habitants per regió sanitària. Catalunya, 2015



Font (a dalt): Registre d'ITS, 2015.

Font (dreta): ECDC 2014 i Registre d'ITS 2014.

Taxa d'incidència de la gonocòccia per 100.000 habitants a la UE/EEE i a Catalunya, 2014

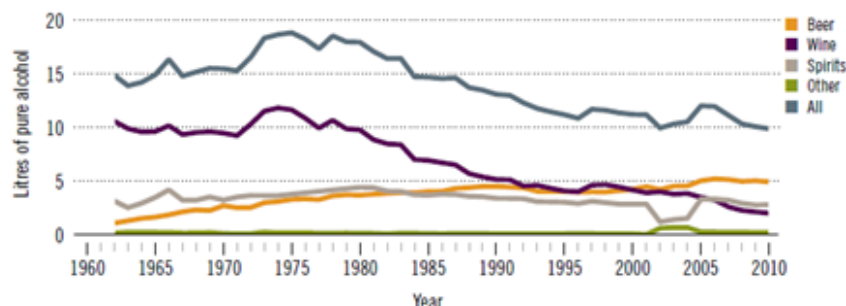


Objectiu 24. Reduir en un 5% la prevalença del consum d'alcohol episòdic intensiu en estudiants de 14 a 18 anys

Indicador		Punt de partida ^a	Objectiu 2020
Proporció del consum d'alcohol episòdic intensiu durant el darrer mes en estudiants de 14 a 18 anys (%).	H	30,6	29,1
	D	26,2	24,9
	T	28,3	26,9

A Europa, el consum d'alcohol és causa del 7,4% dels problemes de salut i de les morts prematures.⁵³ El consum moderat d'alcohol es relaciona amb una augment del risc a llarg termini de patir cardiopaties, malalties hepàtiques i càncer, i el consum freqüent de quantitats elevades s'associa a dependència. Els joves estan especialment exposats als efectes a curt termini de la intoxicació etílica, entre els quals s'inclouen les lesions de trànsit i la violència. A escala europea, les morts relacionades amb l'alcohol representen al voltant del 25% de totes les defuncions d'homes joves d'edats compreses entre els 15 i els 29 anys.

Els canvis culturals, socials i tecnològics dels darrers decennis han tingut un impacte important en els patrons i les formes de consum d'alcohol. L'edat d'inici, els patrons de consum (freqüència, quantitat, motivacions, substàncies, policonsum, entre d'altres) i els entorns en què es consumeix alcohol són condicionants clau que determinen la magnitud dels efectes socials i sobre la salut i plantegen reptes nous, en consonància amb els objectius de desenvolupament sostenible.⁵⁴

Evolució del consum registrat d'alcohol per capita, en litres d'alcohol pur, en població de 15 anys i més. Espanya 1960-2010⁵⁵

Font: OMS 2014

El patró d'emborratxar-se i beure amb freqüència des d'edat molt primerenca és especialment perjudicial, ja que té un impacte immediat i continu en el cervell, augmenta el risc de patir problemes relacionats amb l'alcohol en l'etapa adulta⁵⁶, i s'associa amb problemes socials i d'absentisme escolar, que afecten les perspectives d'èxit educatiu.⁵⁷

Els resultats de l'estudi ESPAD⁵⁸ mostren una certa tendència a la disminució del consum d'alcohol en estudiants de 16 anys de països europeus. Tot i això, gairebé el 50% ha consumit alcohol als 13 anys o abans, un de cada dotze estudiants ha experimentat una intoxicació en aquestes edats primerenques i el 35% dels estudiants ha fet consum intensiu d'alcohol en els últims trenta dies. En l'àmbit europeu, Espanya és el cinquè país amb la prevalença més alta de consum d'alcohol els darrers trenta dies (65%) i és el segon país,

^a Anàlisi de l'Enquesta estatal sobre l'ús de drogues a l'ensenyament secundari (ESTUDES) 2014.

juntament amb Àustria, amb la proporció d'intoxicacions més gran en els darrers trenta dies (21%).

A Catalunya, l'alcohol és la substància més consumida entre els estudiants de 14 a 18 anys: el 78,9% n'ha consumit alguna vegada, el 77,0% el darrer any, i el 68,0% l'últim mes. El percentatge de consumidors mensuals passa del 48,8% en els estudiants de 14 anys al 87,2% en els de 18 anys. La prevalença del consum d'alcohol durant els caps de setmana –algun cap de setmana els darrers trenta dies– és del 61,1% (61,4% en les noies i 60,7% en els nois) i la prevalença del consum d'alcohol els dies feiners –algun dia feiner els darrers trenta dies– és del 24,8% (28,0% en els nois i 21,8% en les noies).

Pel que fa als consums de més risc, cal assenyalar la intoxicació etílica (el 23,7% ha tingut una intoxicació per alcohol el darrer mes) i el consum episòdic intensiu d'alcohol. S'entén com *consum episòdic intensiu d'alcohol (binge drinking)* la ingesta de cinc begudes alcohòliques o més de forma seguida o en un interval aproximat de dues hores algun cop el darrer mes. A Catalunya, la prevalença de consum episòdic intensiu el darrer mes en estudiants de 14 a 18 anys és del 28,3% (30,6% dels nois i 26,2% de les noies). La prevalença de consum episòdic intensiu augmenta amb l'edat; és del 10,9% als 14 anys i del 47,1% als 18 anys. En la franja de 14-15 anys, la prevalença és més gran en les noies. El 5,0% dels estudiants va fer un consum episòdic intensiu quatre dies o més en els darrers trenta dies.

La prevalença d'intoxicacions, de consum episòdic intensiu i de la pràctica d'aquesta conducta quatre dies o més en el darrer mes són més petites que les del 2012 (27,4%, 33,8% i 7,9% respectivament).

El 56,7% dels estudiants de 14 a 18 anys declara haver fet *botellón* durant l'últim any i el 21,8% durant els últims trenta dies. El 16,3% reconeix haver viatjat en un vehicle conduït per algú sota els efectes de l'alcohol el darrer any i el 2,2% haver conduït sota els efectes de l'alcohol.

Característiques generals del consum d'alcohol entre els estudiants d'educació secundària de 14 a 18 anys, per sexe. Catalunya, 2014

	Homes	Dones	Tots dos sexes
Prevalença del consum d'alcohol alguna vegada a la vida (%)	79,8	78,1	78,9
Edat mitjana d'inici del consum d'alcohol (anys)	13,7	13,9	13,8
Edat mitjana d'inici del consum setmanal d'alcohol (anys)	15,3	15,1	15,2
Prevalença del consum d'alcohol els últims dotze mesos (%)	77,4	76,7	77,0
Prevalença del consum d'alcohol els últims trenta dies (%)	68,7	67,4	68,0
Prevalença del consum d'alcohol diari o gairebé diari els últims trenta dies (%)	1,4	1,2	1,3
Prevalença del consum d'alcohol durant els caps de setmana els últims trenta dies (%)	60,7	61,4	61,1
Prevalença del consum d'alcohol durant els dies feiners els últims trenta dies (%)	28,0	21,8	24,8
Prevalença de consum episòdic intensiu d'alcohol els últims trenta dies (%)	30,6	26,2	28,3
Prevalença d'intoxicació etílica: d'1 a 2 dies dels últims trenta (%)	18,1	17,0	17,5
Prevalença d'intoxicació etílica: de 3 a 5 dies dels últims trenta (%)	5,5	3,9	4,7
Prevalença d'intoxicació etílica: més de 5 dies dels últims trenta (%)	1,7	1,4	1,5

Font: Sub-direcció General de Drogodependències. Agència de Salut Pública de Catalunya. Anàlisi de l'Enquesta estatal sobre l'ús de drogues a l'ensenyament secundari (ESTUDES) 2014.

Objectiu 25. Incrementar en un 7% la prevalença de pacients hipertensos atesos a l'atenció primària de salut amb un bon control de la tensió arterial

Indicador		Punt de partida ^a	Situació actual ^b	Objectiu 2020
Proporció de pacients hipertensos atesos a l'atenció primària amb un bon control de la tensió arterial (%).	H	80,4	80,0	86,0
	D	81,5	80,9	87,2
	T	81,0	80,5	86,7

La hipertensió arterial incrementa el risc de patir malalties cardiovasculars, principalment l'ictus i l'infart agut de miocardi. És el factor de risc cardiovascular més important, però també és el més fàcil de detectar i el de tractament més eficaç i senzill.

Segons dades de l'*Enquesta de salut de Catalunya*, l'any 2016 el 24,2% de la població de 15 anys i més té hipertensió (24,1% els homes i 24,2% les dones). És el problema de salut crònic més freqüent entre la població de 75 anys i més (67,9%; 65,2% dels homes i 69,6% de les dones). La proporció de població que té hipertensió és més gran entre les persones que tenen estudis primaris o no en tenen i entre les persones de la classe més desfavorida.

D'altra banda, el 54,9% de la població de 15 anys i més es revisa periòdicament la pressió arterial (54,5% els homes i 55,4% les dones). La proporció de població que es mesura de forma periòdica la pressió arterial és més gran a mesura que els grups són de més edat, entre les persones de la classe més desfavorida i entre les persones amb estudis primaris o que no en tenen. No s'observen diferències estadísticament significatives en la proporció de persones que es mesuren la tensió arterial de forma periòdica per regió sanitària respecte del conjunt de Catalunya.

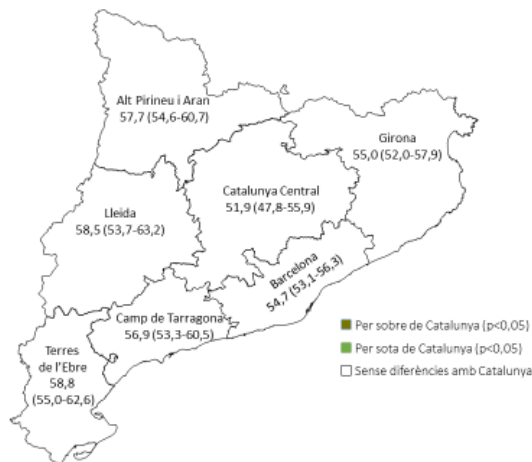
El 80,5% dels pacients hipertensos té un bon control de la tensió arterial (el 80,0% dels homes i el 80,9% de les dones). Per sota de 75 anys, la proporció de pacients amb un bon control és més elevada en les dones que en els homes, mentre que en el grup de 75 anys i més té lloc el contrari. Segons l'àmbit territorial, el percentatge més elevat de pacients hipertensos amb un bon control es dona a l'Àrea Metropolitana Sud (83,7%; 83,3% els homes i 84,0% les dones) i el menys a Catalunya Central (77,4%; 77,0 els homes i 77,8% les dones).

Respecte de l'any anterior, la proporció de població amb bon control de la tensió arterial ha disminuït un 0,6%, el 0,5% en homes i el 0,7% en dones.

^a Sistema d'informació dels serveis d'atenció primària, novembre del 2016.

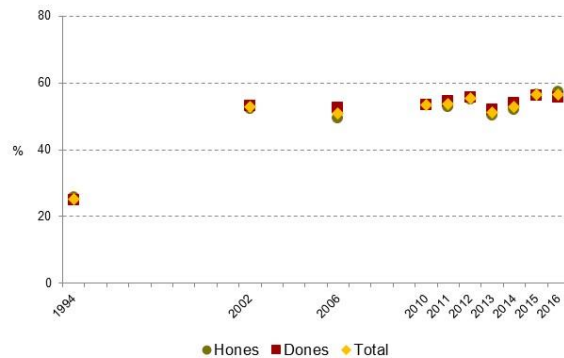
^b Sistema d'informació dels serveis d'atenció primària, octubre del 2017.

Percentatge de població de 15 anys i més que es mesura periòdicament la pressió arterial (% i IC 95) per regió sanitària. Catalunya, 2015-2016



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015-2016.

Evolució de la proporció de població de 15 anys i més que es mesura periòdicament la pressió arterial, per sexe. Catalunya, 1994-2016



Font: Enquesta de salut de Catalunya 1994, 2002, 2006, 2010-2016. Proporcions estandarditzades. Mètode directe amb la població estàndard europea 2013.

Percentatge de pacients hipertensos amb un bon control de la tensió arterial, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2017

	Homes (%)	Dones (%)	Total (%)
15 a 44 anys	68,1	73,3	70,2
45 a 64 anys	76,6	80,8	78,5
65 a 74 anys	82,6	83,3	82,9
75 anys o més	82,5	79,8	80,9
Total (15 anys i més)	80,0	80,9	80,5

Font: SISAP, octubre de 2017.

Percentatge de pacients hipertensos amb un bon control de la tensió arterial, per àmbit territorial i sexe. Catalunya, 2017

	Home (%)	Dona (%)	Total (%)
Lleida	77,7	79,4	78,6
Tarragona	77,2	78,6	77,9
Barcelona Ciutat	80,3	80,7	80,5
Girona	77,4	78,2	77,9
Àrea Metropolitana Sud	83,3	84,0	83,7
Àrea Metropolitana Nord	80,4	81,5	81,0
Catalunya Central	77,0	77,8	77,4
Alt Pirineu	77,8	78,6	78,2
Terres de l'Ebre	79,0	80,3	79,7
Entitats proveïdores de la xarxa concertada	78,2	79,3	78,8
Total	80,0	80,9	80,5

Font: SISAP, octubre de 2017.

Objectiu 26. Mantenir per sota del 7% la prevalença de pacients amb infecció relacionada amb l'atenció sanitària

Indicador		Punt de partida ^a	Situació actual ^b	Objectiu 2020
Proporció d'infecció relacionada amb l'atenció sanitària (%).	H	ND ^c	ND	ND
	D	ND	ND	ND
	T	7,0	7,3	<7,0

La infecció relacionada amb l'assistència sanitària (IRAS) o nosocomial és aquella que es produeix en un pacient durant el procés d'atenció en un hospital o en una altra instal·lació sanitària, i que no estava present ni s'incubava en el moment de l'ingrés. Inclou les infeccions adquirides en l'hospital i que apareixen després de l'alta, i també les infeccions que afecten el personal d'un centre mèdic. En l'àmbit estatal, les IRAS són el segon esdeveniment advers més freqüent relacionat amb l'hospitalització, el 25,3% dels casos, per darrere dels esdeveniments adversos relacionats amb la medicació.⁵⁹

Les IRAS són un problema transversal en molts entorns, ja pot afectar des de l'atenció ambulatoria fins a l'hospitalització de llarga durada. La vigilància de les IRAS és complexa i requereix l'ús de criteris estandarditzats, la disponibilitat d'instal·lacions de diagnòstic i experiència per dur a terme i interpretar els resultats.

Segons les darreres dades publicades per l'Organització Mundial de la Salut,⁶⁰ la incidència d'IRAS s'associa amb l'ús de mètodes invasius i de dispositius, en particular línies centrals, catèters urinaris i ventiladors. Molts pacients contrauen, per exemple, infeccions respiratòries mentre estan ingressats per altres malalties i quan el pacient torna a l'àmbit extrahospitalari no és possible saber-ne identificar l'origen. L'impacte que tenen les IRAS està directament relacionat amb una estada hospitalària prolongada, més resistència als antibiòtics, més discapacitat, una despesa addicional per al sistema de salut i un alt cost financer, físic i psicològic per als pacients i les seves famílies, a més d'un increment de la mortalitat. El grup de població més vulnerable és el de malalts de més edat, amb patologies més greus i amb més procediments quirúrgics i terapèutics.⁶¹

La prevalença de la infecció relacionada amb l'atenció sanitària global se situa l'any 2016 en el 7,3% dels pacients estudiats. S'hi inclouen tots els pacients amb infecció generada en el centre, ja sigui durant l'ingrés actual o en un ingrés previ. Respecte de l'any anterior, hi ha hagut un augment de la prevalença, que passa del 7,0% al 7,3%.

Segons el tipus de centre, la prevalença de les infeccions és més elevada en els centres més grans (amb més de 500 llits), que són els que fan les intervencions i procediments més complexos i un ventall de proves més ampli. La prevalença és més baixa en els centres amb menys llits (grup II, de 500 a 200 llits, i grup III, menys de 200 llits). La prevalença d'infeccions del grup IV, centres monogràfics, és semblant a la dels centres del grup II.

Les infeccions nosocomials més freqüents són la pneumònia i altres infeccions respiratòries (36,8%), les infeccions del tracte urinari (37,9%), les infeccions de la pell i de parts toves (15,0%).

^a VINCat 2015.

^b VINCat 2016.

^c ND: no disponible.

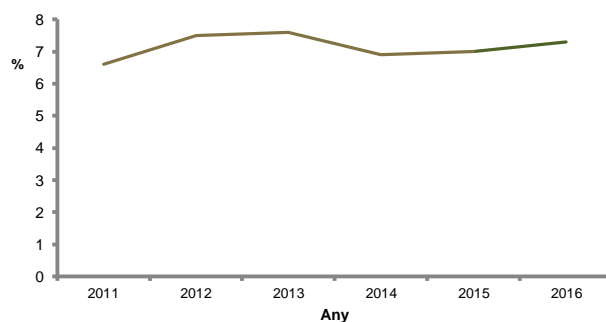
En l'àmbit estatal, les dades de l'informe EPINE-EPPS⁶² per a l'any 2016 la prevalença global ha estat del 7,6%, una mica superior a la de Catalunya. Per comunitats autònomes, la prevalença de les infeccions nosocomials a Catalunya se situa en una posició central.

Prevalença de pacients amb infecció nosocomial global, total i segons grups d'hospitals. Catalunya 2016

	Centres inclosos	Pacients inclosos	Pacients amb infecció nosocomial	Prevalença	IC 95%
Grup I (més de 500 llits)	9	4.366	425	9,7	(8,9-10,7)
Grup II (de 200 a 500 llits)	17	3.735	243	6,5	(5,8-7,3)
Grup III (menys de 200 llits)	26	2.192	88	4	(3,3-4,9)
Grup IV monogràfics	3	271	15	5,5	(3,4-8,9)
Total	55	10.563	771	7,3	(6,8-7,9)

Font: VINCat 2016.

Evolució de la prevalença de pacients amb infecció nosocomial global. Catalunya, 2011-2016



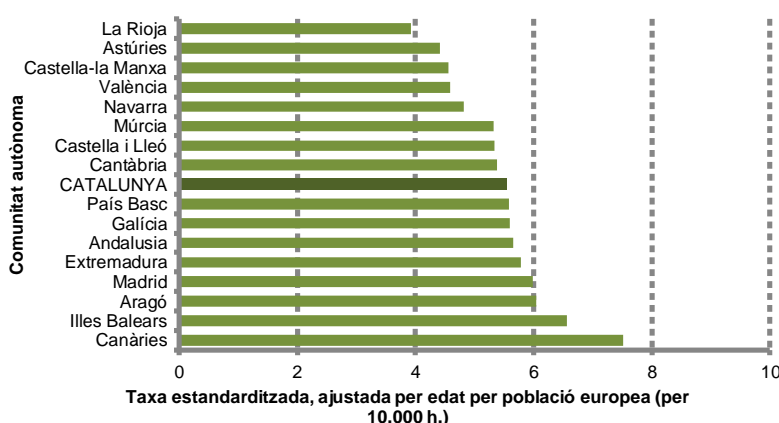
Font: VINCat 2011-2016.

Distribució de les infeccions relacionades amb l'atenció sanitària, segons localització (%). Catalunya, 2016

Localització	%
Infeccions respiratòries	35,8
Infeccions urinàries	37,9
Infeccions de pell i de part toves	15,0
Altres infeccions	8,9
Infeccions del tracte gastrointestinal	2,4

Font: VINCat 2016.

Prevalença de pacients amb infecció adquirida en l'hospital, per comunitat autònoma, 2012



Font: EPINE-EPPS 2012

Objectiu 27. Mantenir per sota de 6 els episodis de pneumònia associada a ventilació mecànica per 1.000 dies de ventilació

Indicador		Punt de partida ^a	Situació actual ^b	Objectiu 2020
Episodis de pneumònia associada a ventilació mecànica per 1.000 dies de ventilació.	H	ND	ND ^c	ND
	D	ND	ND	ND
	T	4,4	4,5	< 6,0

La pneumònia associada a ventilació mecànica és una de les principals infeccions relacionades amb l'atenció sanitària en les unitats de cures intensives (UCI). L'indicador seleccionat per avaluar l'objectiu, la densitat d'incidència, segueix la definició estandarditzada i emprada en el projecte "Pneumònia zero".⁶³ La pneumònia associada a la ventilació mecànica (VM) és la que es presenta després de la intubació endotraqueal o la traqueotomia del pacient i que no estava present, ni en el període d'incubació, en el moment de la intubació. També s'inclouen les pneumònies diagnosticades en els 72 hores posteriors a l'extubació o a la retirada de la traqueotomia.

La incidència de la pneumònia associada a la VM és una complicació que presenta una elevada morbidimortalitat, amb unes característiques molt diferents de les que presenten els pacients no intubats. Les dificultats diagnòstiques d'aquestes pneumònies tenen sovint com a conseqüència unes decisions terapèutiques que poden representar un increment de la resistència bacteriana.⁶⁴ A més, hi ha una gran variabilitat entre països en les taxes d'incidència d'estudis epidemiològics d'àmbit estatal.⁶⁵

A Catalunya, l'any 2016 s'han produït 176 episodis de pneumònia en les 31 UCI participants. La densitat d'incidència mitjana és de 4,5 episodis per cada mil dies de ventilació. En l'àmbit estatal, la densitat d'incidència mitjana és de 6,3 episodis per cada mil dies de ventilació.⁶⁶

En el període 2008-2016, a Catalunya la densitat d'incidència mostra una evolució favorable, amb un màxim de 10,4 l'any 2010 i un mínim de 4,4 l'any 2015.

No s'observa un gradient en la densitat d'incidència de pneumònies associades a VM segons el nombre de llits dels centres. Els centres del Grup 3, (amb menys de 200 llits) tenen la incidència més elevada, seguits dels centres del Grup 1 (de més de 500 llits) i els del Grup 2 (entre 500 i 200 llits).

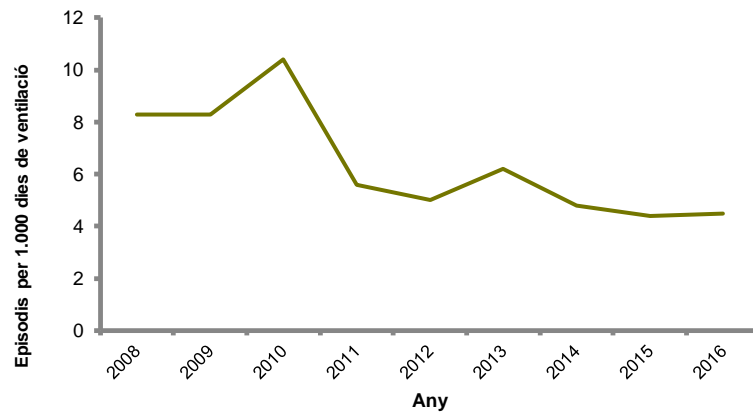
El Departament de Salut està implicat en l'impuls i la millora de la qualitat dels serveis sanitaris mitjançant el desenvolupament dels sistemes d'informació, seguiment i avaluació dels centres sanitaris. El projecte "Marca Q" de qualitat hospitalària, inclòs en la línia estratègica 8 "Gestió de l'excel·lència i la seguretat assistencial" del Pla de salut de Catalunya 2016-2020, ha definit un model multidimensional de qualitat assistencial, dins del qual s'inclou la incidència de la pneumònia associada a la VM.

^a VINCAt 2015.

^b VINCAt 2016.

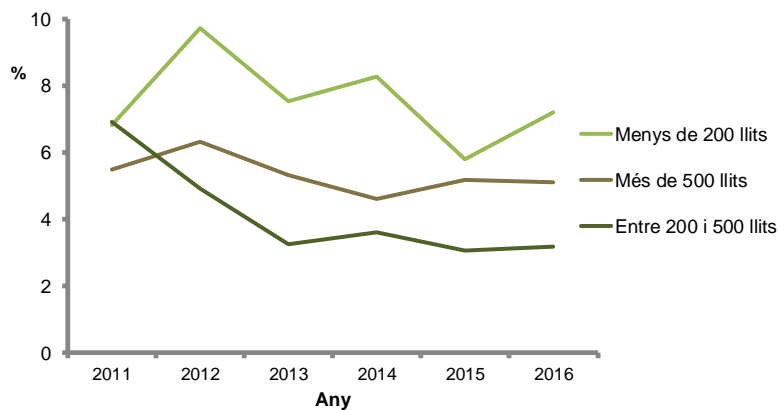
^c ND: no disponible

Densitat d'incidència de pneumònies associades a ventilació mecànica (episodis per 1.000 dies de ventilació). Catalunya 2008-2016



Font: VINCAt 2008-2016.

Densitat d'incidència de pneumònia associada a ventilació mecànica segons mida de l'hospital. Catalunya, 2011-2016



Font: VINCAt 2011-2016.

Objectiu 28. Mantenir per sota de 2 per 1.000 estades la taxa de caigudes en pacients hospitalitzats

Indicador		Punt de partida ^a	Objectiu 2020
Taxa de caigudes en pacients hospitalitzats per 1.000 estades.	H	ND	ND
	D	ND	ND
	T	1,5	< 2,0

Segons l'OMS, les caigudes són la segona causa mundial de mort per lesions no intencionades, amb 424.000 defuncions estimades a l'any. Cada any es produeixen 37,3 milions de caigudes que requereixen atenció mèdica. La morbiditat més gran correspon a les persones de més de 65 anys, als joves de 15 a 29 anys i als infants de menys de 15 anys. D'altra banda, un estudi dut a terme al Canadà estima en 16 per 1.000 la taxa d'hospitalitzacions relacionades amb caigudes.⁶⁷

Les lesions per caigudes suposen la pèrdua de qualitat de vida i tenen un cost econòmic considerable, bé sigui pels serveis que requereixen, com per les complicacions relacionades amb les caigudes o per l'augment de la durada de l'estada. Les estratègies preventives posen l'accent en l'educació, la capacitació, la creació d'entorns més segurs, la recerca i l'establiment de polítiques eficaces per reduir els riscos

Segons l'estudi EARCAS,⁶⁸ el 95,5% dels participants va afirmar que disposava d'un sistema de registre, vigilància o control de problemes relacionats amb la seguretat en el seu centre. Aquests sistemes se centren preferentment en les caigudes (un 89,8%). Del registre de notificacions d'esdeveniments adversos es desprèn que els més notificats són les caigudes.

La incidència de les caigudes en pacients hospitalitzats és un dels indicadors de qualitat hospitalària del projecte "Marca Q", previst en el Pla de salut de Catalunya 2016-2020. Així mateix, aquest indicador forma part dels indicadors de seguretat dels pacients hospitalitzats a escala estatal.⁶⁹

L'any 2013 es va posar en marxa el sistema de notificació i gestió d'incidents relacionats amb la seguretat dels pacients, impulsat pel Departament de Salut. Fins al desembre del 2016, es van recollir 21.222 notificacions d'incidents relacionats amb la seguretat dels pacients, de les quals el 33% són a causa de caigudes.

L'any 2015, la taxa de caigudes en pacients hospitalitzats per 1.000 dies d'estada és de 1,5, mentre que l'any precedent va ser d'1,2 per 1.000. Els hospitals geogràficament aïllats i els monogràfics d'alta tecnologia presenten les taxes de caigudes més elevades.

^a Quadre de comandament de seguretat dels pacients 2015.

**Taxa de caigudes en pacients hospitalitzats per 1.000 estades, per tipus d'hospital.
Catalunya 2015**

Caigudes en pacients hospitalitzats per 1.000 estades	
Hospital públics generals d'alta tecnologia	1,25 ‰
Hospitals públics de referència d'alta resolució	1,44 ‰
Altres hospitals públics de referència	1,50 ‰
Hospitals públics comarcals	1,65 ‰
Hospitals públics monogràfics d'alta tecnologia	2,06 ‰
Hospitals públics aïllats geogràficament	2,36 ‰
Total hospitals públics	1,52 ‰

Font: Quadre de Comandament de Seguretat dels Pacients 2015

Taula resum dels objectius del Pla de salut de Catalunya 2016-2020: punt de partida i objectiu 2020

Objectiu	Enunciat i indicador			Punt de partida	Objectiu 2020	
Núm.	D'aquí a l'any 2020 cal...					
1	1	Augmentar en un 5% la proporció d'esperança de vida viscuda en bona salut en homes i en dones. Quocient entre l'esperança de vida en bona salut i l'esperança de vida per sexe (%).		Homes	82,3	86,4
				Dones	74,1	77,8
				Total	78,0	81,9
2	1.1	Mantenir la tendència positiva de l'esperança de vida i de l'esperança de vida en bona salut. Esperança de vida en bona salut (EVBS) en néixer, per sexe. Esperança de vida (EV) en néixer, per sexe.	EVBS (anys)	Homes	67,9	> 67,9
				Dones	68,8	> 68,8
				Total	68,4	> 68,4
			EV (anys)	Homes	80,5	> 80,5
				Dones	86,1	> 86,1
				Total	83,4	> 83,4
3	1.2	Reducir les desigualtats socials en l'autopercepció de bona salut. Proporció de bona salut autopercebuda, per una selecció de variables socioeconòmiques. Diferència absoluta entre grups.		Classe social	11,0	< 11,0
				Nivell d'estudis	25,4	< 25,4
				Situació laboral	8,9	< 8,9
4	2	Reducir en un 20% la taxa de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori. Taxa de mortalitat per 100.000 habitants estandarditzada per edat de les malalties de l'aparell circulatori.		Homes	202,4	161,9
				Dones	124,4	99,5
				Total	158,6	126,8
5	3	Reducir en un 10% la taxa de mortalitat per càncer. Taxa de mortalitat per 100.000 habitants estandarditzada per edat de càncer.		Homes	275,3	247,8
				Dones	125,6	113
				Total	189,5	170,6
6	4	Incrementar en un 15% la taxa de supervivència per càncer als cinc anys. Supervivència relativa per càncer als cinc anys (%).		Homes	46,0	52,9
				Dones	56,4	64,9
				Total	50,2	57,7
7	5	Reducir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties respiratòries. Taxa de mortalitat per 100.000 habitants estandarditzada per edat de les malalties del sistema respiratori.		Homes	87,6	78,8
				Dones	31,2	28,1
				Total	53,3	48
8	5.1	Retardar un any l'edat mitjana de la mort per malalties respiratòries. Edat mitjana de la mort per malalties del sistema respiratori (població de totes les edats).		Homes	81,1	82,1
				Dones	86,0	87,0
				Total	83,2	84,2
9	6	Reducir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties mentals. Taxa de mortalitat per 100.000 habitants estandarditzada per edat de les malalties mentals.		Homes	24,7	22,2
				Dones	24,0	21,6
				Total	24,6	22,1
10	7	Reducir en un 15% la taxa de mortalitat per malalties isquèmiques del cor. Taxa de mortalitat per 100.000 habitants estandarditzada per edat de les malalties isquèmiques del cor.		Homes	71,3	60,6
				Dones	26,8	22,8
				Total	45,8	38,9
11	7.1	Reducir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties isquèmiques del cor. Taxa de mortalitat per 100.000 habitants estandarditzada per edat de les malalties isquèmiques del cor.		Homes	60,4	54,4
				Dones	22,0	19,8
				Total	38,5	34,7

Núm.	Objectiu	Enunciat i indicador		Punt de partida	Objectiu 2020
	D'aquí a l'any 2020 cal...				
12	8	Reduir en un 15% la taxa de mortalitat per ictus. Taxa de mortalitat per 100.000 habitants estandarditzada per edat de les malalties cerebrovasculars.	Homes	41,6	35,3
			Dones	30,6	26
			Total	35,4	30,1
13	9	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per càncer de mama en dones. Taxa de mortalitat per 100.000 habitants estandarditzada per edat de càncer de mama.	Dones	21,4	19,2
14	10	Reduir en un 5% la taxa de mortalitat per càncer colorectal. Taxa de mortalitat per 100.000 habitants estandarditzada per edat de tumor maligne colorectal.	Homes	36,5	34,7
			Dones	17,1	16,2
			Total	25,3	24,1
15	11	Mantenir per sota del nivell del 2010 la taxa de mortalitat per suïcidi. Taxa de mortalitat per 100.000 habitants estandarditzada per edat de suïcidis i autolesions.	Homes	8,5	< 8,5
			Dones	2,4	< 2,4
			Total	5,3	< 5,3
16	12	Reduir en un 10% la incidència de la fractura de coll del fèmur en població de 65 anys i més. Taxa d'ingrés hospitalari per 10.000 habitants estandarditzada per edat per fractura de coll del fèmur en població de 65 anys i més.	Homes	48,7	43,9
			Dones	83,2	74,9
			Total	70,5	63,4
17	13	Reduir en un 10% les amputacions en població de 45 a 74 anys amb diabetis. Taxa d'amputacions per 10.000 habitants en població de 45 a 74 anys amb diabetis.	Homes	39,6	35,6
			Dones	10,8	9,7
			Total	27,4	24,7
18	13.1	Reduir en un 10% les amputacions majors en població de 45 a 74 anys amb diabetis. Taxa d'amputacions majors per 10.000 habitants en població de 45 a 74 anys amb diabetis.	Homes	4,4	4,0
			Dones	1,6	1,5
			Total	3,3	2,9
19	14	Reduir per sota del 24% la prevalença de tabaquisme. Proporció de consum de tabac (diari i ocasional) en població de 15 anys i més (%).	Homes	31,0	NP
			Dones	20,6	NP
			Total	25,7	< 24,0
20	14.1	Monitorar la prevalença de tabaquisme des de la perspectiva de les desigualtats socials en salut. Proporció de consum de tabac (diari i ocasional) en la població de 15 anys i més, per classe social, nivell d'estudis i situació laboral. Diferència absoluta entre grups.	Classe social	5,1	5,1
			Nivell d'estudis	2,6	2,6
			Situació laboral	6,8	6,8
21	15	Incrementar per sobre dels nivells de 2016 la prevalença de l'activitat física saludable en la població de 15 a 69 anys. Proporció d'activitat física saludable (moderada i alta de l'IPAQ) en la població de 15 a 69 anys (%).	Homes	83,6	<83,6
			Dones	78,2	<78,2
			Total	80,9	<80,9
22	15.1	Reduir les desigualtats socials en la prevalença de l'activitat física saludable en la població de 15 a 69 anys. Proporció d'activitat física saludable (moderada i alta de l'IPAQ) en la població de 15 a 69 anys, per una selecció de variables socioeconòmiques. Diferència absoluta entre grups.	Classe social	1,8	<1,8
			Nivell d'estudis	0,7	<0,7
			Situació laboral	3,7	<3,7
23	16	Reduir per sota dels nivells del 2015 la prevalença d'excés de pes en la població de 18 a 74 anys. Proporció d'excés de pes declarat (sobrepès i obesitat) en la població de 18 a 74 anys (%).	Homes	55,8	<55,8
			Dones	43,7	<43,7
			Total	49,8	<49,8
24	16.1	Monitorar la prevalença d'excés de pes en la població de 18 a 74 anys des de la perspectiva de les desigualtats socials en salut. Proporció d'excés de pes declarat (sobrepès i obesitat) en la població de 18 a 74 anys, per classe social i per nivell d'estudis (%). Diferència absoluta entre grups.	Classe social	16,8	16,8
			Nivell d'estudis	27,3	27,3
25	17	Reduir en un 5% la prevalença d'excés de pes en la població de 6 a 12 anys. Proporció d'excés de pes declarat (sobrepès i obesitat) en població de 6 a 12 anys (%).	Homes	36,6	34,8
			Dones	28,7	27,3
			Total	32,8	31,2

Núm.	Objectiu	Enunciat i indicador	Punt de partida	Objectiu 2020
		D'aquí a l'any 2020 cal...		
26	17.1	Reduir les desigualtats socials en la prevalença d'excés de pes en la població de 6 a 12 anys. <i>Proporció d'excés de pes declarat (sobrepès i obesitat) en població de 6 a 12 anys, per una selecció de variables socioeconòmiques (%). Diferència absoluta entre grups.</i>	Classe social 13,8 Nivell d'estudis (mare) 17,6 Nivell d'estudis (pare) 21,0	<13,8 <17,6 <21,0
27	18	Incrementar en un 5% la prevalença de persones adultes que segueixen les recomanacions d'alimentació mediterrània. <i>Proporció de persones de 15 anys i més que segueixen les recomanacions d'alimentació mediterrània (%).</i>	Homes 67,2 Dones 74,3 Total 70,8	70,6 78,0 74,3
28	18.1	Monitorar la prevalença de persones adultes que segueixen les recomanacions d'alimentació mediterrània des de la perspectiva de les desigualtats socials en salut. <i>Proporció de persones de 15 anys i més que segueixen les recomanacions d'alimentació mediterrània, per classe social i per nivell d'estudis (%). Diferència absoluta entre grups.</i>	Classe social 4,3 Nivell d'estudis 2,5	4,3 2,5
29	18.2	Reduir les desigualtats socials en la prevalença del consum freqüent de productes hipercalòrics en població de 3 a 14 anys. <i>Proporció de consum freqüent de productes hipercalòrics en la població de 3 a 14 anys (%) per una selecció de variables socioeconòmiques. Diferència absoluta entre grups.</i>	Classe social 11,2 Nivell d'estudis (mare) 21,3 Nivell d'estudis (pare) 19,0	< 11,2 < 21,3 < 19,0
30	19	Reduir per sota del nivell del 2013 la taxa d'embarassos en dones de 15 a 19 anys. <i>Taxa d'embarassos per 1.000 dones de 15 a 19 anys.</i>	Dones 22,8	< 22,8
31	20	Mantenir per sobre del 90% la proporció d'infants de 5 anys que estan vacunats correctament. <i>Proporció d'infants de 5 anys correctament vacunats segons el calendari (%).</i>	Homes ND Dones ND Total 89,8	ND ND > 90,0
32	21	Reduir en un 20% la incidència de la tuberculosi. <i>Taxa d'incidència de la tuberculosi per 100.000 habitants.</i>	Homes 17,9 Dones 12,4 Total 15,1	NP NP 12,1
33	22	Reduir en un 5% la incidència del VIH. <i>Taxa d'incidència del VIH per 100.000 habitants.</i>	Homes 16,8 Dones 2,0 Total 12,0	NP NP 11,4
34	23	Reduir en un 10% la incidència de la gonocòccia. <i>Taxa d'incidència de la gonocòccia per 100.000 habitants.</i>	Homes 43,3 Dones 7,2 Total 25,0	39,0 6,5 22,5
35	24	Reduir en un 5% la prevalença del consum d'alcohol episòdic intensiu en estudiants de 14 a 18 anys. <i>Proporció del consum d'alcohol episòdic intensiu durant el darrer mes en estudiants de 14 a 18 anys (%).</i>	Homes 30,6 Dones 26,2 Total 28,3	29,1 24,9 26,9
36	25	Incrementar en un 7% la prevalença de pacients hipertensos atesos a l'atenció primària de salut amb un bon control de la tensió arterial. <i>Proporció de pacients hipertensos atesos a l'atenció primària amb un bon control de la tensió arterial (%).</i>	Homes 80,4 Dones 81,5 Total 81,0	86,0 87,2 86,7
37	26	Mantenir per sota del 7% la prevalença de pacients amb infecció relacionada amb l'atenció sanitària. <i>Proporció d'infecció relacionada amb l'atenció sanitària (%).</i>	Total 7,0	< 7,0
38	27	Mantenir per sota de 6 els episodis de pneumònia associada a ventilació mecànica per 1.000 dies de ventilació. <i>Episodis de pneumònia associada a ventilació mecànica per 1.000 dies de ventilació.</i>	Total 4,4	< 6,0
39	28	Mantenir per sota de 2 per 1.000 estades la taxa de caigudes en pacients hospitalitzats. <i>Taxa de caigudes en pacients hospitalitzats per 1.000 estades.</i>	Total 1,5	< 2,0

ND: no disponible; NP: no pertinent.

Taula resum. Font d'informació i punt de partida dels objectius del Pla de salut de Catalunya 2016-2020

Núm ·	Objectiu	Enunciat	Font i any del punt de partida
	D'aquí a l'any 2020 cal...		
1	1	Augmentar en un 5% la proporció d'esperança de vida viscuda en bona salut en homes i en dones.	RMC 2010, ESCA 2011
2	1.1	Mantenir la tendència positiva de l'esperança de vida i de l'esperança de vida en bona salut.	RMC 2014, ESCA 2015
3	1.2	Reduir les desigualtats socials en l'autopercepció de bona salut.	ESCA 2015
4	2	Reduir en un 20% la taxa de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori.	RMC 2010
5	3	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per càncer.	RMC 2010
6	4	Incrementar en un 15% la taxa de supervivència per càncer als cinc anys.	Registres de càncer de Tarragona i de Girona, cohort 1995-1999
7	5	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties respiratòries.	RMC 2010
8	5.1	Retardar un any l'edat mitjana de la mort per malalties respiratòries.	RMC 2014
9	6	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties mentals.	RMC 2010
10	7	Reduir en un 15% la taxa de mortalitat per malalties isquèmiques del cor.	RMC 2010
11	7.1	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties isquèmiques del cor.	RMC 2013
12	8	Reduir en un 15% la taxa de mortalitat per ictus.	RMC 2010
13	9	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per càncer de mama en dones mama.	RMC 2010
14	10	Reduir en un 5% la taxa de mortalitat per càncer colorectal.	RMC 2010
15	11	Mantenir per sota del nivell actual la taxa de mortalitat per suïcidi.	RMC 2010
16	12	Reduir en un 10% la incidència de la fractura de coll del fèmur en població de 65 anys i més.	CMBD-HA 2010
17	13	Reduir en un 10% les amputacions en població de 45 a 74 anys amb diabetis.	CMBD-HA 2011, ESCA 2011
18	13.1	Reduir en un 10% les amputacions majors en població de 45 a 74 anys amb diabetis.	CMBD-HA 2015, ESCA 2014-2015
19	14	Reduir per sota del 24% la prevalença de tabaquisme.	ESCA 2015
20	14.1	Monitorar la prevalença de tabaquisme des de la perspectiva de les desigualtats socials en salut.	ESCA 2015
21	15	Incrementar per sobre dels nivells del 2016 la prevalença de l'activitat física saludable en la població de 15 a 69 anys.	ESCA 2016
22	15.1	Reduir les desigualtats socials en la prevalença de l'activitat física saludable en la població de 15 a 69 anys.	ESCA 2016

Núm	Objectiu	Enunciat	Font i any del punt de partida
	D'aquí a l'any 2020 cal...		
23	16	Reduir per sota dels nivells del 2015 la prevalença d'excés de pes en la població de 18 a 74 anys.	ESCA 2015
24	16.1	Monitorar la prevalença d'excés de pes en la població de 18 a 74 anys des de la perspectiva de les desigualtats socials en salut.	ESCA 2015
25	17	Reduir en un 5% la prevalença d'excés de pes en la població de 6 a 12 anys.	ESCA 2014-2015
26	17.1	Reduir les desigualtats socials en la prevalença d'excés de pes en la població de 6 a 12 anys.	ESCA 2014-2015
27	18	Incrementar en un 5% la prevalença de persones adultes que segueixen les recomanacions d'alimentació	ESCA 2015
28	18.1	Monitorar la prevalença de persones adultes que segueixen	ESCA 2015
29	18.2	Reduir les desigualtats socials en la prevalença del consum freqüent de productes hipercalòrics en població de 3 a 14	ESCA 2014-2015
30	19	Reduir per sota del nivell del 2013 la taxa d'embarassos en dones de 15 a 19 anys.	Moviment natural de la població; RMC de Catalunya; Registre d'IVE; estimacions postcensals, 2013
31	20	Mantenir per sobre del 90% la proporció d'infants de 5 anys que estan vacunats correctament.	SISAP, gener del 2015
32	21	Reduir en un 20% la incidència de la tuberculosi.	RCTBC 2014
33	22	Reduir en un 5% la incidència del VIH.	Registre de VIH i sida de l'SNMDO 2015
34	23	Reduir en un 10% la incidència de la gonocòccia.	Registre d'ITS de l'SMDO i SNM 2015
35	24	Reduir en un 5% la prevalença del consum d'alcohol episòdic intensiu en estudiants de 14 a 18 anys.	ESTUDES 2014
36	25	Incrementar en un 7% la prevalença de pacients hipertensos atesos a l'atenció primària de salut amb un bon	SISAP, novembre del 2016
37	26	Mantenir per sota del 7% la prevalença de pacients amb infecció relacionada amb l'atenció sanitària.	Programa VINCat 2015; Registre ENVIN-HELICS, 2015
38	27	Mantenir per sota de 6 els episodis de pneumònia associada a ventilació mecànica per 1.000 dies de ventilació.	Programa VINCat 2015; Registre ENVIN-HELICS, 2015
39	28	Mantenir per sota de 2 per 1.000 estades la taxa de caigudes en pacients hospitalitzats.	Quadre de comandament de seguretat dels pacients, 2015

Annex. Metodologia dels indicadors

Objectiu 1

Quocient entre l'esperança de vida en bona salut i l'esperança de vida per sexe (%)

Objectiu 1.1

Esperança de vida en néixer

Esperança de vida en bona salut

Esperança de vida lliure de limitació

La metodologia emprada per estimar l'esperança de vida amb bona salut (EVBS) i l'esperança de vida lliure de limitació (EVLL) és el mètode de Sullivan,^{70,71} adoptat per la Unió Europea, l'Institut Nacional d'Estadística (INE) i el Registre de mortalitat de Catalunya. Aquest mètode modifica les taules de vida elaborades amb les dades de mortalitat, ja que aplica, en el cas de l'EVBS l'invers de la prevalença de l'autopercepció del bon estat de salut (salut excel·lent, molt bona i bona) al nombre d'anys viscuts en l'interval d'edat i sexe. En el cas de l'EVLL, s'aplica l'invers de la prevalença de la limitació general de l'activitat a causa d'un problema de salut al nombre d'anys viscuts en l'interval d'edat i sexe corresponent. Els càlculs s'han fet a partir de les dades de mortalitat de l'any 2015 i de l'*Enquesta de salut de Catalunya 2016*.

La informació de l'EV de les diferents comunitats autònomes s'ha obtingut de la base de dades de l'INE del 2014^a.

La informació del 2015 dels països de la Unió Europea prové de la base de dades de l'Eurostat.^b Atès que l'estimació de l'EV i l'EVLL té una metodologia comuna és possible comparar directament els indicadors de Catalunya amb la dels països europeus.

Objectiu 1.2

Autopercepció positiva de l'estat de salut, per una selecció de variables socioeconòmiques (%)

La font d'informació d'aquest indicador és l'Enquesta de salut de Catalunya. L'autopercepció positiva de l'estat de salut correspon a les categories Excel·lent, Molt bona i Bona de la pregunta pròpia de l'ESCA des del 1994. Les variables socioeconòmiques considerades són:

- El nivell d'estudis agrupat de la persona entrevistada (en població de 15 anys i més): a partir del nivell màxim d'estudis assolit, amb tres categories: sense estudis i primaris, secundaris i universitaris.
- La classe social segons l'ocupació de la persona de referència de la llar. S'estableix a partir de la Classificació oficial d'ocupacions del 2011 i es categoritza en classe I (directors i gerents i professionals universitaris), classe II (ocupacions intermèdies i treballadors per compte propi) i classe III (treballadors manuals).
- Situació laboral, en població de 16 a 64 anys, segons si la persona treballa o està a l'atur.

Objectius 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 i 11

Taxa de mortalitat per 100.000 habitants estandarditzada per edat de diferents causes de defunció

Les dades de mortalitat han estat codificades segons la desena revisió de la *Classificació estadística internacional de malalties i problemes relacionats amb la salut* (CIM-10):

^a<http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=1153&dh=1>

^bhttp://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm

Codis CIM-10 de les causes de defunció

Objectiu	Causas de defunció	Codis CIM-10
2	Malalties circulatòries	I00 a I99
3	Càncer	C00 a D48
5	Malalties de l'aparell respiratori	J00 a J99
6	Malalties mentals	F00 a F99
7	Malalties isquèmiques del cor	I20 a I25
8	Malalties cerebrovasculars	I60 a I69
9	Tumor maligne de mama	C50
10	Tumor maligne colorectal	C18 a C21
11	Suïcidis i autolesions	X60 a X84_Y870

Les taxes de mortalitat han estat calculades posant en relació el nombre de defuncions per les diferents causes de mort amb els efectius de població corresponent del Registre de població de Catalunya de l'Idescat. Les taxes estandarditzades pel mètode directe han pres com a població tipus la del conjunt de Catalunya segons el cens de població de 1991.

La informació de mortalitat de les diferents comunitats autònomes s'ha obtingut de diferents fonts:

- De la base de dades de l'INE, les defuncions i les taxes brutes i estandarditzades de mortalitat dels grans grups de causes de defunció (malalties de l'aparell circulatori, càncer, malalties de l'aparell respiratori i trastorns mentals), amb referència a l'any 2015. L'INE pren com a població tipus de les taxes estandarditzades la població estàndard europea a partir de l'any 2011^a.
- Del portal estadístic del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat les taxes de mortalitat ajustades per edat per la resta de causes (malalties isquèmiques del cor, malalties cerebrovasculars, tumor maligne de mama, tumor maligne colorectal, suïcidis i autolesions) referides a l'any 2015. La població tipus de les taxes estandarditzades és la població europea estàndard de l'OMS.^b

La informació de mortalitat per als països d'Europa s'ha extret de l'Eurostat,^c on hi ha estimades les taxes estandarditzades de mortalitat ajustades per edat, i s'ha pres com a població tipus la població europea estàndard.^d La taxa corresponent a Catalunya també ha pres com a població tipus la població europea estàndard del mateix any.

Objectiu 4

Supervivència relativa per càncer al cap de cinc anys

La no existència d'un registre de càncer a Catalunya suposa haver d'estimar aquest indicador a partir de les dades anuals d'incidència i supervivència de càncer dels registres de Girona i Tarragona. L'Institut Català d'Oncologia actualitza l'anàlisi de l'impacte del càncer a Catalunya, amb dades sobre incidència, supervivència, mortalitat, tendències i projeccions per als propers anys.

L'Eurocare⁷² és un projecte col·laboratiu d'anàlisi de la supervivència dels registres de càncer europeus, i la font del mapa de cobertura dels registres de càncer europeu i de les dades de supervivència del càncer per diferents localitzacions a Espanya i Europa. A més, és l'única font homogènia i sistematitzada d'informació existent en Europa, la qual cosa facilita la interpretació dels resultats i la comparabilitat entre països.⁷³

^a <http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p417/a2015/&file=pcaxis>

^b <http://estadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/DefaultPublico.aspx>

^c http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_cd_asdr2&lang=en

^d http://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth_cdeath_esms.htm

Davant de la dificultat de determinar, en molts casos, si la mort d'un pacient de càncer està directament o indirectament relacionada amb el procés tumoral subjacent, Eurocare ha optat per establir les comparacions en termes de supervivència relativa, que consisteix en dividir la supervivència observada entre la supervivència esperada tenint en compte la mortalitat general de la població. Es tracta, per tant, d'un estimador ajustat per altres possibles causes de mort, cosa que permet establir comparacions entre regions o entre períodes de temps, i eliminar l'efecte de la mortalitat esmentada mortalitat no relacionada amb el tumor. L'indicador s'actualitza amb periodicitat quinquennal.

El càlcul de la dada corresponent a l'any 2016 s'ha fet per als casos diagnosticats en el període 2005-2007 i amb seguiment de mortalitat fins al 31 de desembre del 2013 per garantir un mínim de cinc anys de seguiment de tots els casos.

Objectiu 5.1

Edat mitjana de la mort per malalties respiratòries

La font d'informació d'aquest indicador és el Registre de mortalitat de Catalunya. Es computa l'edat mitjana de les defuncions del grup X (Respiratori), dels vint grans grups de causes.

Objectiu 12

Taxa d'ingrés hospitalari per 10.000 habitants estandarditzada per edat per fractura de coll del fèmur en població de 65 anys i més

Les dades de fractura de coll del fèmur provenen del conjunt mínim bàsic de dades d'hospitals d'aguts (CMBDHA) seguint els criteris de: contactes d'hospitalització convencional i cirurgia major ambulatoria (CMA), residents a Catalunya, diagnòstic principal segons els codis CIM9-MC 820.xx i 996.44. Atès el canvi que s'ha introduït en el CMBDHA en la codificació de les altes, s'ha eliminat la circumstància d'alta diferent de 2 (Trasllat a un altre hospital d'aguts) i s'han recalculat les taxes estandarditzades del període 2010-2016. Les taxes han estat estandarditzades pel mètode directe prenent com a població tipus la del Registre central d'assegurats de l'any 2010. Les taxes per Regió Sanitària han estat estandarditzades pel mètode directe prenent com a població tipus la del Registre central d'assegurats de CatSalut d'1 de gener de 2017.

Les dades per comunitat autònoma s'han extret del Registre d'altes CMBD del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat.^a Les taxes s'han estandarditzat per edat pel mètode directe i prenen com a població tipus europea de l'Organització Mundial de la Salut, i s'expressen en altes per 100.000 habitants. S'ha inclòs exclusivament el diagnòstic principal segons el codi 820 (Fractura de coll del fèmur) de la CIM-9-MC.

Les dades d'Europa provenen del capítol "Hip and knee replacement" de la publicació *Health at a Glance: Europe 2016* de l'OCDE. Les dades de Xipre i Portugal només inclouen hospitals públics; les del Regne Unit, hospitals amb finançament públic, i en el cas d'Espanya, inclouen els públics i parcialment els privats. Les dades de Bèlgica corresponen al 2013, les dels Països Baixos al 2010 i les de Grècia al 2011.

Objectiu 13

Taxa d'amputacions en població de 45 a 74 anys amb diabetis per 10.000 habitants diabètics

Les dades d'amputacions en persones amb diabetis provenen del CMBDHA seguint els criteris de: contactes d'hospitalització convencional i CMA, residents a Catalunya, codi 250.xx en qualsevol diagnòstic, codi 84.1x en qualsevol procediment i pacients amb edat compresa entre 45 i 74 anys. S'exclouen els contactes amb codi d'amputació traumàtica en qualsevol camp de diagnòstic (codis 895x, 896x, 897x). L'estimació del denominador de la taxa d'amputacions en persones de 45 a 74 anys amb diabetis per 10.000 habitants diabètics es fa a partir de la prevalença poblacional de diabetis en el grup d'edat de l'ESCA (2015-2016) i la població assegurada de l'any 2016. Els codis

^a <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/Informe.aspx?IdNodo=14048>

CIM-9-MC de la distalitat de les amputacions són: 8.411, dits del peu; 8.412, peu; 8.415, cama per sota del genoll i 84.17, cama per damunt del genoll. Les taxes específiques per grup d'edat i distalitat s'ofereixen per 10.000 habitants i tenen com a denominador la població oficial del grup d'edat i any corresponents.

La taxa d'hospitalitzacions per 10.000 habitants, segons comunitat autònoma, per amputacions de membres inferiors per trastorns endocrins, nutricionals i metabòlics, s'ha obtingut del registre d'altres hospitalàries del conjunt mínim bàsic de dades del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat (altres de pacients amb codi GRD 285).^a

Les hospitalitzacions per diabetis en països europeus i a Catalunya, per 100.000 habitants, provenen de l'OCDE 2009-2011 i CMBD-HA 2012.

Objectiu 13.1

Taxa d'amputacions majors en població de 45 a 74 anys amb diabetis per 10.000 habitants diabètics

El numerador de la taxa d'amputacions majors és el codi de procediment 84.17 (amputacions de cama per sobre del genoll) del CMBDHA seguint els criteris de: contactes d'hospitalització convencional i CMA, residents a Catalunya, codi 250.xx en qualsevol diagnòstic, codi 84.17 en qualsevol procediment i pacients amb edat compresa entre 45 i 74 anys. S'exclouen els contactes amb codi d'amputació traumàtica en qualsevol camp de diagnòstic (codis 895x, 896x, 897x). L'estimació del denominador de la taxa d'amputacions majors en persones de 45 a 74 anys amb diabetis per 10.000 habitants diabètics s'obté a partir de la prevalença de diabetis de l'ESCA 2015-2016 i la població assegurada el 2016.

Objectius 14, 15, 16, 17 i 18

Prevalença del consum de tabac en població de 15 anys i més, d'activitat física saludable en població de 15 a 69 anys, d'excés de pes declarat en població de 18 a 74 anys, d'excés de pes declarat en població de 6 a 12 anys, de seguiment de les recomanacions de dieta mediterrània en població de 15 anys i més, i de consum freqüent de productes hipercalòrics en població de 3 a 14 anys

La font d'informació d'aquests objectius és l'ESCA.

La prevalença de consum de tabac inclou el consum diari i l'ocasional.

La prevalença d'activitat física saludable s'estima en població de 15 a 69 anys a partir de la versió curta de l'*International physical activity questionnaire*.⁷⁴ El punt de partida correspon a l'any 2016 pel canvi en la metodologia de l'instrument.

La prevalença de l'excés de pes declarat en població de 18 a 74 anys s'estima a partir de l'índex de massa corporal (kg/m^2) per a les categories de l'excés de pes ($\text{IMC} \geq 25$ a <30) i l'obesitat ($\text{IMC} \geq 30$).

La prevalença de l'excés de pes declarat en població de 6 a 12 anys s'estima a partir de les taules de referència de l'OMS en la població de 0-19 anys.^b L'estimació es fa per biennis. La prevalença per regió sanitària es fa en població de menys de 19 anys.

La prevalença de seguiment de les recomanacions de dieta mediterrània en població de 15 anys i més s'estima a partir del qüestionari MEDAS de compliment de la dieta mediterrània de l'estudi Predimed, per a les categories de compliment mitjana i alta.⁷⁵

La prevalença de consum freqüent de productes hipercalòrics en població de 3 a 14 anys s'estima a partir del mòdul d'alimentació del Child Health and Illness Profile.⁷⁶ Es considera consum freqüent de productes hipercalòrics consumir tres vegades o més a la setmana productes de contingut calòric

^a <http://icmbd.es>

^b La taula completa, mes a mes, de l'OMS pot consultar-se a:

- Per al grup d'edat 5 a 19 anys (http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/index.html)
- Per al grup d'edat de 0 a 2 anys i de 2 a 5 anys

(http://www.who.int/childgrowth/standards/bmi_for_age_field/en/index.html)

elevat, com ara menjar ràpid (hamburgueses, pizzes, etc.), begudes ensucrades (refrescos), productes amb sucre (pastes, brioixeria industrial, lllaminadures, caramels, etc.) o pisco-labis i productes salats (patates fregides, galetes salades, etc.).

En les comparacions per comunitats autònomes, les dades provenen del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat i l'INE.^{a, b, c} En l'objectiu 17, l'excés de pes en població de 2 a 17 anys està calculat amb la fórmula de l'índex de massa corporal per a població adulta a partir del pes i la talla declarats a l'Enquesta de salut d'Espanya 2011-2012. En l'objectiu 18, la comparació en l'àmbit estatal es fa amb el consum freqüent (tres vegades o més a la setmana) de fruita (suc-s exclosos) i de verdures, amanides i hortalisses en població de 15 anys i més, provinent de l'Enquesta europea de salut a Espanya del 2014.^d

Quant a les dades dels països europeus, la font és l'OCDE^e amb dades de diferents anys amb l'objectiu 14. En l'objectiu 15, la comparació es fa amb l'indicador d'activitat física moderada en població adulta de l'Enquesta europea de salut (EHIS).⁷⁷ En l'objectiu 16, la comparació es fa amb l'excés de pes en població de 18 anys i més de l'Enquesta europea de salut 2014. En l'objectiu 17, les dades provenen del pes i la talla declarats d'estudiants de 15 anys de l'enquesta *Health Behaviour in School-aged Children 2009-2010*.⁷⁸

Les variables socioeconòmiques considerades en el monitoratge o en la reducció de desigualtats socials en salut són:

- Nivell d'estudis agrupat de la persona entrevistada en població de 15 anys i més. S'estableix a partir del nivell màxim d'estudis assolit, amb tres categories: sense estudis i primaris, secundaris i universitaris.
- Nivell d'estudis agrupat dels progenitors o tutors legals. S'estableix a partir del nivell màxim d'estudis assolit, amb tres categories: sense estudis i primaris, secundaris i universitaris.
- Classe social segons l'ocupació de la persona de referència de la llar. S'estableix a partir de la Classificació oficial d'ocupacions del 2011 i es categoritza en classe I (directors i gerents i professionals universitaris), classe II (ocupacions intermèdies i treballadors per compte propi) i classe III (treballadors manuals).
- Per a l'objectiu de tabaquisme, la situació laboral, en població de 16 a 64 anys, segons si la persona treballa o està a l'atur.

Objectiu 19

Taxa d'embarassos per 1.000 dones de 15 a 19 anys

D'acord amb la metodologia proposada en el projecte Urban HEART⁷⁹ i la comparació territorial, la taxa d'embarassos per 1.000 dones de 15 a 19 inclou els nadons nascuts vius,^f els nascuts morts^g i les interrupcions voluntàries de l'embaràs^h en dones de 15 a 19 anys. El denominador –dones de 15 a 19 anys– s'obté de les estimacions postcensals de població de l'Idescat. La taxa d'embarassos global es fa per 1.000 dones de 15 a 49 anys (estimacions postcensals de població de l'Idescat). En l'evolució temporal es presenta la taxa de fecunditat en dones de 15 a 19 anys.

La taxa global de fecunditat per 1.000 dones de 15 a 49 anys, per comunitat autònoma prové dels indicadors demogràfics bàsics de l'INE.ⁱ La taxa d'IVE per 1.000 dones de 15 a 44 anys, per comunitat autònoma, prové de l'informe 2015 d'interrupció voluntària de l'embaràs del Ministeri de

^a <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud.htm>

^b http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/inclasSNS_DB.htm

^c <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=t15/p419/a2011/p06/I0/&file=06011.px>

^d https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2014_datos.htm

^e OECD Health data: non-medical determinants of health [Internet]. OECD Health Statistics (database). (citat 30 setembre de 2014).

^f Font: Idescat. Estadística de naixements <http://www.idescat.cat/pub/?id=naix&n=52&t=201500>

^g Font: Departament de Salut. Registre de mortalitat de Catalunya.

^h Font: Departament de Salut. Registre d'interrupció voluntària de l'embaràs.

http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/dades_de_salut_i_serveis_sanitaris/interrupcio_voluntaria_de_lembaras_ive/

ⁱ <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1443>

Sanitat, Serveis Socials i Igualtat.^a Les dades comparatives internacionals de taxa de fecunditat adolescent, en dones de 15 a 19 anys, provenen de les perspectives de la població mundial de les Nacions Unides.^b Les dades internacionals de taxa d'IVE en població en dones de menys de 20 anys provenen de l'informe d'IVE d'Itàlia del 2015.⁸⁰

Objectiu 20

Proporció d'infants de 5 anys correctament vacunats segons el calendari (%)

La font d'informació és el Sistema d'informació dels serveis d'atenció primària (SISAP-ICS),⁸¹ a partir de l'eCAP. L'indicador és el percentatge de població de 5 anys assignada i atesa durant l'any que està correctament vacunada amb la vacuna triple vírica (xarampió, rubèola, parotiditis) (dues dosis). El numerador és la població de 5 anys assignada i atesa vacunada correctament amb la triple vírica. El denominador és la població de 5 anys assignada i atesa (que ha tingut un contacte o més amb l'EAP l'últim any).

El gràfic de la taxes d'incidència anual de casos de xarampió i de rubèola notificats per milió d'habitants prové del *Measles and rubella monitoring January 2017* de l'European Centre for Disease Prevention and Control^c. El mapa amb la taxa de casos notificats de parotiditis per 100.000 habitants l'any 2014 prové de l'*Annual epidemiological report 2015. Mumps* de l'European Centre for Disease Prevention and Control^d.

Objectiu 21

Taxa d'incidència de la tuberculosi per 100.000 habitants

La font d'informació és el Registre central de control de la tuberculosi (TBC) a Catalunya, a partir de les dades del sistema d'informació de malalties de declaració obligatòria (MDO) i del sistema de notificació microbiològica.⁸² La definició de *cas de tuberculosi* utilitzada a Catalunya per a la vigilància epidemiològica és l'adoptada per la Xarxa Nacional de Vigilància Epidemiològica, segons les recomanacions de l'Organització Mundial de la Salut, la Unió Internacional contra la Tuberculosi i les Malalties Respiratòries i el Centre Europeu de Control de Malalties. Per a cada un dels casos detectats per les unitats de vigilància epidemiològica (UVE) territorials s'emplena una enquesta, en què es recull la informació epidemiològica i clínica de cada cas de TBC, les mesures de control aplicades i l'estudi dels contactes dels malalts. Les taxes d'incidència s'han calculat per 100.000 habitants i s'ha utilitzat el padró continu de població de la població de Catalunya de l'any 2015 al mes de juny. El valor del punt de partida de l'indicador per al càlcul de l'objectiu és l'any 2015. La informació del 2015 dels països de la Unió Europea prové de l'Informe epidemiològic de tuberculosi del Centre Europeu per a la Prevenció i el Control de les Malalties i la de l'Estat prové del Pla per a la Prevenció i el Control de la Tuberculosi a Espanya del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat.

Objectiu 22

Taxa d'incidència de VIH per 100.000 habitants

Nombre de nous diagnòstics de VIH segons data de diagnòstic en un any determinat respecte a la població general al mateix any. El denominador per al càlcul de l'indicador són les projeccions dels cens de població a curt termini 2012-2022e (població resident a 1 de gener). La font d'informació és el Registre de VIH i Sida, a partir de les dades del sistema de notificació de malalties de declaració obligatòria (SMDO). El taxa d'incidència per al total està corregida pel retard de notificació, no així per sexe. Anualment es publica l'Informe de vigilància epidemiològica de la infecció pel VIH i la sida a Catalunya del Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT).⁸³ Els nous diagnòstics de VIH van ser de notificació hospitalària i voluntària durant el període 2001-2010. A partir de l'any 2010 la infecció pel VIH passa a ser una MDO individualitzada complementada per una enquesta epidemiològica estandarditzada a càrrec dels professionals sanitaris. El valor del punt de partida de l'indicador per al càlcul de l'objectiu és

^a https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2015.pdf

^b <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT>

^c http://ecdc.europa.eu/en/publications/_layouts/forms/Publication_DispForm.aspx?List=4f55ad51-4aed-4d32-b960-af70113dbb90&ID=1679

^d <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/figure-2-number-reported-mumps-cases-100-000-population-eueea-2014>

^e <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/p269&file=inebase>

l'any 2015, amb dades actualitzades a 30 de juny del 2017. La informació del 2015 dels països de la Unió Europea i de l'Espai Econòmic Europeu prové de l'Informe de vigilància epidemiològica de la infecció pel VIH i la Sida del European Centre for Disease Prevention and Control.

Objectiu 23

Taxa d'incidència de la gonocòccia per 100.000 habitants

Nombre de nous diagnòstics de gonocòccia segons data de diagnòstic en un any determinat respecte a la població general al mateix any segons el Padró d'habitants. El valor s'expressa per 100.000 habitants. La font d'informació és el Registre d'infeccions de transmissió sexual (ITS) del sistema de malalties de declaració obligatòria (SMDO). Anualment, es publica l'informe de vigilància epidemiològica de les infeccions de transmissió sexual a Catalunya, del Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT).⁸⁴ La gonocòccia és una MDO individualitzada en el període 2007-2013, de manera que els professionals sanitaris han d'emplenar una enquesta epidemiològica estandarditzada sobre la malaltia. Des de l'any 2014, les dades dels casos notificats de gonocòccia al SNMC s'integren al Registre de MDO i es presenten de manera global. El valor del punt de partida de l'indicador per calcular l'objectiu és l'any 2015, amb dades actualitzades a 1 de gener del 2017. La informació del 2014 dels països de la Unió Europea i de l'Espai Econòmic Europeu prové de l'informe epidemiològic anual de gonocòccia de l'European Centre for Disease Prevention and Control.

Objectiu 24

Proporció de consum d'alcohol episòdic intensiu en estudiants de 14 a 18 anys (%)

La font d'informació és l'Enquesta estatal sobre l'ús de drogues a l'ensenyament secundari (ESTUDES), que té periodicitat biennal, amb l'objectiu de conèixer la situació i les tendències pel que fa al consum de drogues entre els estudiants de 14 a 18 anys que cursen educació secundària. Les enquestes han estat finançades i promogudes per la Delegació del Govern per al Pla Nacional sobre Drogues (DGPNSD) i hi han col·laborat els governs de les comunitats autònomes (plans autonòmics sobre drogues i conselleries d'ensenyament) i el Ministeri d'Educació. A partir de la mostra corresponent a Catalunya, l'ASPCAT elabora un informe propi.⁸⁵ S'entén per *consum episòdic intensiu d'alcohol (binge drinking)* haver consumit algun dia del darrer mes, cinc o més canyes o copes de begudes alcohòliques els homes i quatre o més begudes alcohòliques les dones, en la mateixa ocasió. S'entén per *ocasió*, prendre-les d'una manera seguida o en un interval aproximat de dues hores.

Objectiu 25

Proporció de pacients hipertensos atesos a l'atenció primària de salut amb un bon control de la tensió arterial

La font d'informació és el Sistema d'informació dels serveis d'atenció primària (SISAP-ICS).⁸⁶ El SISAP-ICS calcula de forma específica el control de la hipertensió amb el tall del valor de TA <140/90 mmHg.⁸⁷ L'indicador és el percentatge de població de 15 anys i més, amb diagnòstic d'hipertensió arterial (HTA) i mesurament de TA els darrers dotze mesos, en què la darrera xifra de tensió arterial (TA) és 140/90. El denominador és la població de 15 anys i més, amb diagnòstic d'hipertensió arterial (HTA) i mesurament de TA els darrers dotze mesos. El numerador és la població amb diagnòstic d'HTA i darrera xifra de tensió arterial (TA) durant els darrers dotze mesos és inferior o igual a 140/90.

Objectius 26 i 27

Proporció d'infecció relacionada amb l'atenció sanitària

Episodis de pneumònia associada a ventilació mecànica per 1.000 dies de ventilació

La informació referida a aquests dos objectius de salut prové de l'Informe del VINCat²². El VINCat és un programa del Servei Català de la Salut que estableix un sistema de vigilància unificat de les infeccions nosocomials als 64 hospitals de Catalunya participants.

La prevalença d'infecció relacionada amb l'atenció sanitària (infecció nosocomial global) fa referència a totes les infeccions relacionades amb l'atenció sanitària detectades durant l'estudi de prevalença i que es consideren actives en el moment de l'estudi, és a dir, que el pacient presenti

signes i símptomes d'infecció o que aquestes ja estan en tractament. Aquest indicador es correspon amb l'indicador de qualitat QU 40 de la Central de Resultats.

La pneumònia associada a ventilació mecànica (PAVM) es la principal infecció relacionada amb l'atenció sanitària en les unitats de cures intensives (UCI). Aquest indicador avalua la densitat d'incidència de PAVM, seguint la definició estandarditzada i emprada en el projecte Pneumònia zero (programa ENVIN-HELICS, CDC, VINCat, entre d'altres sistemes de vigilància).

Objectiu 28

Taxa de caigudes en pacients hospitalitzats per 1.000 estades

La font d'informació és el quadre de comandament de seguretat dels pacients del Servei de Promoció de la Qualitat i Bioètica. S'inclouen totes les caigudes de pacients ingressats produïdes en qualsevol de les àrees de l'hospital durant el període estudiat. El numerador és el nombre total de caigudes en pacients hospitalitzats, i el denominador, el nombre total d'estades.

El nombre total d'estades (pacients-dies) es refereix al sumatori de dies d'estada de tots els pacients que han estat donats d'alta en el període avaluat. En els casos dels centres que disposen de sistemes d'informació que permetin obtenir aquestes dades de manera automàtica, es disposa de la informació de tots els pacients ingressats. D'altra banda, en el cas dels centres que no disposen d'aquesta informació automatitzada, es fa un mostreig dels pacients ingressats amb representació de les diferents unitats de l'hospital, en funció del nombre de llits que disposa el centre (l'estimació del nombre de pacients per avaluar s'ha fer amb l'objectiu d'obtenir resultats amb un IC del 95% i una precisió d'un 5%).

Referències

- ¹ Els objectius de salut per al 2020. A: Pla de salut de Catalunya 2016-2020. Barcelona: Departament de Salut; 2016. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/Pla_salut/pla_salut_2016_2020/Documents/Objectius_salut_2020_PdSCAT.pdf
- ² Gispert R, Puig X, Puigdefabregas A, Tresserras R, Busquets E. Esperanza de vida libre de incapacidad y esperanza de vida en buena salud en Cataluña 1994-2000. Med Clin (Barc). 2003; 121(supl 1):128-32
- ³ Healthy Life Years (HLY) [Internet]. Directorate-General for Health and Food Safety, European Commission. Disponible a: https://ec.europa.eu/health/indicators/healthy_life_years/hly_en
- ⁴ Eurostat. Sustainable development in the European Union. 2015 monitoring report of the EU Sustainable Development Strategy. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2015. Disponible a: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-statistical-books/-/KS-GT-15-001>
- ⁵ Segovia J, Bartlett RF, Edwards AC. An empirical analysis of the dimensions of health status measures. Soc Sci Med. 1989;29(6):761-8.
- ⁶ Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. Am J Public Health. 1982 Aug;72(8):800-8. Disponible a: <http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/72/8/800>
- ⁷ Ferrer M, Lamarca R, Orfila F, Alonso J. Comparison of performance-based and self-rated functional capacity in Spanish elderly. Am J Epidemiol. 1999 Feb;149(3):228-35.
- ⁸ Séculi E, Fusté J, Brugulat P, Juncà J, Rué M, Guillén M. Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. Gac Sanit. 2001;15(3):217-23.
- ⁹ Pla director d'oncologia (Catalunya). Pla contra el càncer a Catalunya 2015-2020. Barcelona: Departament de Salut; 2015. Disponible a: <http://hdl.handle.net/11351/1685>
- ¹⁰ Pla director d'oncologia (Catalunya). El càncer a Catalunya. Monografia 2016. Barcelona: Departament de Salut; 2016. Disponible a: <http://cancer.gencat.cat/ca/professionals/estadistiques/>
- ¹¹ De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, et al. Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO CARE-5—a population-based study. Lancet Oncol. 2014 Jan;15(1):23-34.
- ¹² Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. Año 2015. Notas de prensa. 27 de febrero de 2017. Disponible a: http://www.ine.es/prensa/edcm_2015.pdf
- ¹³ Pla d'informació de les infeccions respiratòries agudes a Catalunya. Balanç temporada gripal 2014-2015. Agència de Salut Pública de Catalunya. [No publicat]
- ¹⁴ Enquesta de salut de Catalunya 2015: informe dels principals resultats. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2016. Disponible a: <http://salutweb.gencat.cat/esca>
- ¹⁵ Hewitson P, Glasziou P, Watson E, Towler B, Irwig L. Cochrane systematic review of colorectal cancer screening using the fecal occult blood test (hemoccult): an update. Am J Gastroenterol. 2008 Jun;103(6):1541-9.
- ¹⁶ Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2015. Barcelona: Departament de Salut; 2017. Disponible a: <http://hdl.handle.net/11351/3013>
- ¹⁷ Puigdefabregas A, Freitas A, Gispert R, Castellà J, Vidal C, Medallo J, et al. Las muertes con intervención judicial y medicolegal y su impacto en la estadística de causas de muerte en Cataluña. Rev Esp Med Legal. 2017;43:13-9.
- ¹⁸ Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A, McKee M, Stuckler D. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. BMJ. 2012;345:e5142.
- ¹⁹ Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Determinants socials i econòmics de la salut: efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2014. Disponible a: <http://observatorisalut.gencat.cat/ca/observatori-sobre-els-efectes-de-crisi-en-salut/>

- ²⁰ Cancio Trujillo JM, Clèries M, Inzitari M, Ruiz Hidalgo D, Santaegúenia González SJ, Vela E. Impacte en la supervivència i despesa associada a la fractura de fèmur en les persones grans a Catalunya. Monogràfics de la Central de Resultats, número 16. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2015. Disponible a: <http://observatorisalut.gencat.cat/>
- ²¹ Pla de salut de Catalunya 2016-2020. Barcelona: Departament de Salut; 2016. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/Pla_salut/pla_salut_2016_2020/Documents/Pla_salut_Catalunya_2016_2020.pdf
- ²² Diabetis [Internet]. Canal Salut. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Disponible a: <http://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/d/diabetis/diabetis/>
- ²³ López de Andrés A, Martínez-Huedo, Carrasco-Garrido P, Hernández-Barrera V, Gil-de-Miguel A, Jiménez-García R. Trends in lower-extremity amputations in people with and without diabetes in Spain, 2001-2008. Diabetes Care. 2011 Jul;34(7):1570-6.
- ²⁴ Vámos EP, Bottle A, Majeed A, Millett C. Trends in lower extremity amputations in people with and without diabetes in England, 1996-2005. Diabetes Res Clin Pract. 2010 Feb;87(2):275-85.
- ²⁵ Tabac [Internet]. Canal Salut. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Disponible a: <http://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/t/tabac/tabac/>
- ²⁶ Més de 160 persones ateses a l'atenció primària van deixar de fumar a Catalunya al 2016 cada dia. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Disponible a: http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/AppJava/notapremsavw/301003/ca/160-persones-ateses-latencio-primaria-deixar-fumar-catalunya-2016-dia.do
- ²⁷ Knight J. Physical inactivity: associated diseases and disorders", Ann Clin Lab Sci. 2012 Summer;42(3):320-37.
- ²⁸ Activitat física [Internet]. Canal Salut. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Disponible a: http://canalsalut.gencat.cat/ca/vida-saludable/activitat_fisica/
- ²⁹ OECD/EU. Moderate weekly physical activity among adults in EU countries. A: Health at a glance. Europe 2016: state of health in the EU cycle. Paris: OECD Publishing; 2016.
- ³⁰ Kopelman P. Health risks associated with overweight and obesity. Obes Rev. 2007 Mar;8 Suppl 1:13.
- ³¹ Taules per grup d'edat i sexe, classe social i sexe, i nivell d'estudis i sexe. A: Enquesta de salut de Catalunya. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut. Disponible a: <http://salutweb.gencat.cat/esca>
- ³² Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Geneva: World Health Organization; 2016. Disponible a: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>
- ³³ Obesity and the economics of prevention: fit not fat. Paris: OECD Publishing; 2010. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264084865-en>
- ³⁴ Obesitat infantil [Internet]. Canal Salut. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Disponible a: http://canalsalut.gencat.cat/ca/vida-saludable/alimentacio/alimentacio_i_malalties/obesitat/obesitat_infantil/
- ³⁵ Tod E, Bromley C, Millard AD, Boyd A, Mackie P, McCartney G. Obesity in Scotland: a persistent inequality. Int J Equity Health. 2017;16:135.
- ³⁶ Rossen LM, Schoendorf KC. Measuring health disparities: trends in racial-ethnic and socioeconomic disparities in obesity among 2- to 18-year old youth in the United States, 2001-2010. Ann Epidemiol. 2012 Oct;22(10):698-704.
- ³⁷ Martínez-González MA, García-Arellano A, Toledo E, Salas-Salvadó J, Buil-Cosiales P, et al. (2012) A 14-item Mediterranean diet assessment tool and obesity indexes among high-risk subjects: the PREDIMED trial. PLOS ONE. 2012;7(8): e43134. Disponible a: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0043134>
- ³⁸ Dieta mediterrània [Internet]. Canal Salut. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Disponible a: http://canalsalut.gencat.cat/ca/vida-saludable/alimentacio/la_dieta_mediterrania/

- ³⁹ Recomanacions sobre màquines expenedores d'aliments i begudes (MEAB) en els espais per a infants i joves de Catalunya. Barcelona: Departament de Salut; 2008. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematics/per_perfiles/centres_educatius/menus_escolars/consells_i_recomanacions/documents/arxius/meabdefinitiu.pdf
- ⁴⁰ Dryburgh H. Teenage pregnancy. Health Rep. 2000 Oct;12(1):9-19. Disponible a: <http://www.statcan.gc.ca/studies-etudes/82-003/archive/2000/5299-eng.pdf>.
- ⁴¹ Perez G, García-Subirats I, Rodríguez-Sanz I, Díez E, Borrell C. Trends inequalities in induced abortion according to educational level among urban women. J Urban Health. 2010;87(3):524-30.
- ⁴² Vacunacions [Internet]. Canal Salut. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Disponible a: <http://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/v/vacunacions/vacunacions/>
- ⁴³ Guia per a l'eliminació de la parotiditis a Catalunya: bases científiques i programa. Barcelona: Direcció General de Salut Pública; 2006. (Quaderns de salut pública; 20). Disponible a: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/ciutadania/la_salut_de_la_a_a_la_z/p/parotiditis/guia_paro.pdf
- ⁴⁴ Council conclusions on childhood immunisation: successes and challenges of European childhood immunisation and the way forward. OJEU. 2011/C 202/02. Disponible a: https://ec.europa.eu/health/vaccination/childhood_immunisation_en
- ⁴⁵ Vigilància del xarampió, la rubèola i la síndrome de la rubèola congènita. Informe anual 2016. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya; 2017. Disponible a: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/ciutadania/la_salut_de_la_a_a_la_z/x/xarampio/arxius/informeannual_xar_rub2016.pdf
- ⁴⁶ Carmona G, Vives N. Resum de les malalties de declaració obligatòria (Catalunya, 2014-2015). Butll Epidemiol Catalunya. 2017;38(1). Disponible a: http://canalsalut.gencat.cat/ca/actualitat/llista_butlletins/salut_publica/butlleti_epidemiologic_de_cat_alunya/
- ⁴⁷ Departament de Salut.. Situació epidemiològica i tendència de l'endèmia tuberculosa a Catalunya, 2015. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya; 2016. Disponible a: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/contingut_responiu/salutAZ/T/tuberculosis/documents_pro/arxius/informe_anual_tuberculosis_2015.pdf
- ⁴⁸ European Centre for Disease Prevention and Control. Tuberculosis: annual epidemiological report 2015. Stockholm: ECDC; 2016. Disponible a: <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/tuberculosis-annual-epidemiological-report-2015>
- ⁴⁹ Plan para la prevención y control de la tuberculosis en España. Indicadores 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016. Disponible a: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/PlanTuberculosis/docs/Indicadores2015.pdf>
- ⁵⁰ Juliana Reyes-Urueña, Colin NJ Campbell, Núria Vives, et al. Cascada de la atención del VIH incluyendo población no diagnosticada, por poblaciones claves en Cataluña, 2014; VIII Congreso Nacional GESIDA y 10ª Reunión Docente de la Red de Investigación en Sida; 2016 Nov 29-Dec 2; San Sebastián. [pòster]
- ⁵¹ European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2015. Stockholm: ECDC; 2016. Disponible a: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/HIV-AIDS-surveillance-Europe-2015.pdf>
- ⁵² European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report 2016 – gonorrhea. Stockholm: ECDC; 2016. Disponible a: http://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/Gonorrhoea%20AER_0.pdf
- ⁵³ Una estrategia de la Unión Europea para ayudar a los Estados miembros a reducir los daños relacionados con el alcohol. COM(2006) 625 final. Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas; 24.10.2006. Disponible a: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52006DC0625&from=EN>

- ⁵⁴ L'Agenda 2030: transformar Catalunya, millorar el món. Informe 3/2016. Barcelona: Consell Assessor per al Desenvolupament Sostenible; 2016. Disponible a: <http://cads.gencat.cat/ca/informes/informes-per-anys/page/laagenda-2030-transformar-catalunya-millorar-el-mon-ods-3/>
- ⁵⁵ Global status report on alcohol and health 2014 edition. Country profile: Spain. Luxembourg: World Health Organization; 2014.
- ⁵⁶ McCambridge J, McAlaney J, Rowe R. Adult consequences of late adolescent alcohol consumption: a systematic review of cohort studies. PLoS Med. 2011;8(2):e1000413. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000413>
- ⁵⁷ Kuntsche E, Rossow I, Simons-Morton B, Bogt TT, Kokkevi A, Goudeau E. Not early drinking but early drunkenness is a risk factor for problem behaviors among adolescents from 38 European and North American countries. Alcohol Clin Exp Res. 2013;37:308-314.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. ESPAD report 2015: results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2016. Disponible a: http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf
- ⁵⁹ Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. Disponible a: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
- ⁶⁰ Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide. Geneva: WHO; 2011. Disponible a: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507_eng.pdf
- ⁶¹ Tresserras R, Castell C, Salleras L. Development of a policy for health for all in Catalonia. A: Ritsatakis A, et al, editors. Exploring health policy development in Europe. Copenhagen: World Health Organization; 2000.
- ⁶² Estudio EPINE-EPPS 2016. Informe global de España. Resumen provisional. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Disponible a: <http://hws.vhebron.net/epine/Global/EPINE-EPPS%202016%20Informe%20Global%20de%20Espana%20C3%B1a%20Resumen.pdf>
- ⁶³ Projecte "Pneumònia zero" [Internet]. Seguretat dels Pacients. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Disponible a: <http://seguretatdelspacients.gencat.cat/ca/detalls/article/Projecte-Pneumonia-zero>
- ⁶⁴ Guardiola JJ, Sarmiento X, Rello J. Neumonía asociada a ventilación mecánica: riesgos, problemas y nuevos conceptos. Med Intensiva. 2001;25(3):113-23. Disponible a: <http://www.medintensiva.org/es/neumonia-asociada-ventilacion-mecanica-riesgos/articulo/13013567/>
- ⁶⁵ Rosenthal V. Surgical site infection rates: INICC findings. Disponible a: <http://www.inicc.org/media/docs/SSIRates.pdf>
- ⁶⁶ Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias. Estudio nacional de vigilancia de infección nosocomial en servicios de medicina intensiva. Informe 2016. Disponible a: <http://hws.vhebron.net/envin-helics/Help/Informe%20ENVIN-UCI%202016.pdf>
- ⁶⁷ Canadian Patient Safety Institute. Preventing falls: from evidence to improvement in Canadian health care; 2014. Disponible a: http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Documents/Interventions/Reducing%20Falls%20and%20Injury%20from%20Falls/FallsJointReport_2014_EN.pdf
- ⁶⁸ Estudio EARCAS: eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Disponible a: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EARCAS.pdf>
- ⁶⁹ Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto SENECA: informe técnico 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. [citad 12 febrer 2014]. Disponible a: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf>

- ⁷⁰ Sullivan D. A single index of mortality and morbidity. HSMHA Health Rep. 1971 Apr;86(4):347-54.
- ⁷¹ Jagger C, Cox, B, Le Roy S, EHEMU. Health expectancy calculation by the Sullivan Method. 3rd ed. EHEMU Technical Report September 2006. Disponible a: http://www.eurohex.eu/pdf/Sullivan_guide_final_jun2007.pdf
- ⁷² EURO CARE – European cancer survival comparisons. National Cancer Registry Ireland. Disponible a: <http://www.ncri.ie/research/projects/eurocare-%E2%80%93-european-cancer-survival-comparisons>
- ⁷³ Eurocare 5 Survival Analysis 2000-2007 [actualitzat 5 març 2014]. Disponible a: <https://w3.iss.it/site/EU5Results/forms/SA0007.aspx>
- ⁷⁴ International physical activity questionnaire. Disponible a: <https://sites.google.com/site/theipaq/>
- ⁷⁵ Schröder H, Fito M, Estruch R, Martínez-González MA, Corella D, Salas-Salvadó J, et al. A short screener is valid for assessing Mediterranean diet adherence among older Spanish men and women. J Nutr. 2011;141:1140-5.
- ⁷⁶ Riley AW, Forrest C, Starfield B, Rebok GW, Robertson JA, Green BF. The parent report form of the CHIP-Child Edition: reliability and validity. MedCare. 2004;42:210-20. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15076820>
- ⁷⁷ OECD/EU. Health at a glance. Europe 2016: state of health in the EU cycle. Paris: OECD Publishing; 2016. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>
- ⁷⁸ OECD. Overweight and obesity among children. A: Health at a glance 2015: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2015. Disponible a: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en
- ⁷⁹ World Health Organization. Urban heart: urban health equity assessment and response tool. Kobe: WHO; 2010. Disponible a: http://www.who.int/kobe_centre/publications/urban_heart/en/
- ⁸⁰ Ministero della Salute. Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della Legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78). Dati definitivi 2013 e dati preliminari 2014. Roma: Ministero della Salute; 2015. Disponible a: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2428_allegato.pdf
- ⁸¹ IAP01 [Internet]. Wikindicadors. Institut Català de la Salut. Disponible a: <http://10.80.217.68/wikindicadors/IAP01>
- ⁸² Situació epidemiològica i tendència de l'endèmia tuberculosa a Catalunya, 2015. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya; 2016. Disponible a: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/contingut_responiu/salutAZ/T/tuberculosi/documents_pro_f/arxius/informe_anual_tuberculosi_2015.pdf
- ⁸³ Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT). Vigilància epidemiològica de la infecció pel VIH i la SIDA a Catalunya. Informe anual 2015. Badalona: CEEISCAT; 2016. Disponible a: http://www.ceeiscat.cat/documents/anual_VIH.pdf
- ⁸⁴ Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT). Vigilància epidemiològica de les infeccions de transmissió sexual a Catalunya a partir del sistema de notificació de malalties de declaració obligatòria i del sistema de notificació microbiològica. Badalona: CEEISCAT; 2016. Disponible a: www.ceeiscat.cat/documents/Semestral_ITS.pdf
- ⁸⁵ Informe dels resultats per a Catalunya de l'Enquesta estatal sobre l'ús de drogues a l'ensenyament secundari (ESTUDES) 2014. Barcelona: Departament de Salut; 2016. Disponible a: http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/INFORME-ESTUDES-2014_DEFINITIU_format-DS.pdf
- ⁸⁶ Departament de Salut. El sistema de salut i la xarxa sanitària pública de Catalunya 2010. Barcelona: Servei Català de la Salut. Departament de Salut; 2011. Disponible a: http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/publicacions/memories/2010/10_catsalut_resum.pdf
- ⁸⁷ PS0001 [Internet]. Wikindicadors. Institut Català de la Salut. Disponible a: <http://10.80.217.68/wikindicadors/PS0001>